

**L'ÉQUIPEMENT SANITAIRE ET SOCIAL
POUR
L'ENFANCE ET L'ADOLESCENCE INADAPTÉES
DANS LE DÉPARTEMENT DE LA COTE-D'OR**

**Bilan des réalisations actuelles
Perspectives d'avenir**

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 5 Décembre 1966

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean-Paul DEMIMUID

Né le 19 Septembre 1940, à CHALON-SUR-SAONE (71)



LYON

Imprimerie BOSC Frères
42, quai Gailleton, 42

1966

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année 1966 — N° 184

**L'ÉQUIPEMENT SANITAIRE ET SOCIAL
POUR
L'ENFANCE ET L'ADOLESCENCE INADAPTÉES
DANS LE DÉPARTEMENT DE LA COTE-D'OR**

**Bilan des réalisations actuelles
Perspectives d'avenir**

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 5 Décembre 1966

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean-Paul DEMIMUID

Né le 19 Septembre 1940, à CHALON-SUR-SAONE (71)



LYON

Imprimerie BOSC Frères
42, quai Gailleton, 42

1966



FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyens Honoraires	M. J. LEPINE, Membre de l'Institut.
Doyen	M. H. HERMANN, Correspondant de l'Institut
Assesseurs	M. J.-F. CIER.
Conseiller Administratif	MM. M. LEVRAT et J. DORCHE.
	M. H. PRUVOST.

Professeurs Honoraires : MM. PATEL, LEPINE, TRILLAT, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET, HERMANN, ROCHET, POLLOSSON, ENSELME, WERTHEIMER, SARROUY.

PROFESSEURS

Clinique urologique	MM. CIBERT.	Clinique médicale infantile et hygiène du 1 ^{er} âge .	MM. JEUNE.
Physique biologique	PONTHUS (dét. à Beyrout).	Thérapeutique	GONIN.
Chimie organique et toxicologie	CHAMBON.	Clinique méd. infantile B .	MONNET.
Clinique médicale B	PAUPERT-RAVAULT.	Physiologie B	CHATONNET.
Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires	FROMENT	Clinique endocrinologique .	GUINET.
Clinique médicale C	CROIZAT.	Chimie générale et pharmacéutique	COLLET (1)
Clinique chirurgicale A ..	MALLET-GUY.	Clinique de chirurgie orthopédique	TRILLAT
Pharmacie galénique	REVOL.	Clinique stomatologique .	FREIDEL.
Clinique obstétricale	PIGEAUD.	Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantiles .	MARION Joseph.
Médecine du travail	BOURRET.	Matière médicale et législation pharmaceutique .	DORCHE.
Clinique médicale A	LEVRAT.	Neuro-chirurgie	MANSUY (1)
Bactériologie	SOHIER.	Hématologie	REVOL (1)
Botanique et cryptogamie .	NETIEN.	Neuro-chirurgie	LECUIRE (1)
Clinique chirurgicale C ..	BERTRAND.	Histologie et embryologie .	X...
Chimie analytique pharmacéutique	BADINAND.	Clinique chirurgicale préopératoire	LIARAS (1)
Pharmacie chimique et pharmacologie	DREVON.	Chimie	PERROT.
Médecine légale et déontologie	ROCHE.	Physiologie A	CIER J.-F.
Parasitologie et pathologie exotique	COUDERT.	Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire .	PERRIN J.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phoniologie	MOUNIER-KUHN.	Clinique thérapeutique chirurgicale et chirurgie expérimentale	GOINARD (1)
Clinique ophtalmologique .	PAUFIQUE.	Clinique de chirurgie cardiaque	MICHAUD Pierre
Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie	THIERS.	Médecine générale	PONT (1)
Clinique de pneumo-phtisiologie	BRUN.	Pathologie métabolique et rénale	TRAEGER (1)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	CREYSSEL.	Clinique gynécologique ..	MATHIEU.
Clinique carcinologique ..	DARGENT.	Biologie médicale et pharmacodynamie	FAUCON.
Physique nucléaire appliquée à la médecine ..	BERGER (1)	Clinique des maladies infectieuses	BERTOYE.
Anatomie pathologique ..	GUICHARD.	Hydrologie thérapeutique, climatologie et Ecologie sociale	VIGNON.
Pathologie générale et expérimentale	GIRARD Paul.	Biochimie appliquée	VINCENT D.
Clinique médicale D	GIRARD Marcel	Pharmacodynamie	CIER A.
Anatomie	LATARJET.	Chimie biologique et médicale	L. COLOBERT.
Clinique chirurgicale B ..	PEYCELON.	Pathologie chirurgicale ..	X...
Pathologie médicale	VACHON.	Clinique neuro-psychiatrique et d'hygiène mentale	X...
Physio-pathologie des voies respiratoires	GALY.	Physiologie et pathologie obstétricales	X...
Radiologie	PAPILLON.	Hygiène et action sanitaire et sociale	X...

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Parasitologie	MM. ROMAN.	Médecine générale	DESPIERRES.
Anatomie pathologique ..	FEROLDI.	Parasitologie	GARIN.
Physique biologique	MORET.	Médecine du travail	TOLOT.
Botanique et cryptogamie .	ODDOUX.	Hygiène	THIVOLET.
Chimie analytique	de SOLLIERS.	Chimie analytique	MALLEIN.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES TITULAIRES

Chimie biologique	MM. CREYSEL Roger	Bactériologie	MM. FLEURETTE.
Electro-radiologie	PINET	Physiologie	FLANDROIS.
Neuro-psychiatrie	GUYOTAT.	Hématologie	MOREL.
Chirurgie générale	DESCOTES.	Chirurgie thoracique et	
Pathologie expérimentale ..	JOUVET.	cardio-vasculaire	TERMET.
Physique biologique	PEYRIN.	Pharmacologie	FREDERICH.
Anatomie pathologique ..	TOMMASI.	Chirurgie infantile	DAUDET.
Electro-radiologie	BUFFARD.	Médecine générale et	
Médecine générale et thé-		thérapeutique	BRUNE.
rapeutique	LEJEUNE.	Chirurgie générale	LOMBARD-
Stomatologie	de MOURGUES F.		PLATET.
Maladies infectieuses	NAUSSAC.	Rhumatologie	BOUVIER.
Chirurgie générale	REBOUILLAT.	Pédiatrie	FREYCON.
Pédiatrie	ROMAGNY.	Neuro-chirurgie	LAPRAS.
Médecine générale	DELAHAYE.	Physiologie	PELLET.
Anesthésiologie	DELEUZE.	Electroradiologie	DUQUESNEL.
Electro-radiologie diagnostic		Orthopédie et traumatolo-	
et thérapeutique	GIRAUD.	gie	
Anesthésiologie	MICHEL.	Dermato-vénérologie	DEJOUR.
Pédiatrie et puériculture ..	FRANÇOIS.	Pneumo-phthisiologie	MOULIN.
Chirurgie générale	MICHOULIER.		PERRIN-
Dermatologie	COLOMB.		FAYOLLE.
Médecine générale	LAMBERT.	Médecine générale et	
Médecine générale	FRIES.	thérapeutique	PALIARD.
Pédiatrie	GILLY.	O.R.L.	MORGON.
Médecine générale	ROBERT.	Ophthalmologie	PAUPERT-
Anatomie	BOUCHET.		RAVAULT M.
Pédiatrie	BETHENOD.	Anesthésiologie	MOTIN.
Immunologie, sérologie, hé-		Médecine générale et thé-	
matologie	GERMAIN.	rapeutique	PASQUIER.
Pneumo-phthisiologie	KALB.	Anatomie pathologique ..	VAUZELLE.
Pédiatrie	LARBRE.	Histologie et embryologie ..	CZYBA.
Chirurgie générale	SOUSTELLE.	Physiologie	CABANAC.
Médecine générale	VIALA.	Pneumo-phthisiologie	TOURAINÉ.
Bactériologie, parasitologie,		Médecine générale et	
virologie	VINCENT.	thérapeutique	BEL.
Histologie et embryologie ..	GIROD.	Gynécologie obstétrique ..	CHARVET.
Chimie biologique	GRAS.	Cancérologie	MAYER.
Médecine légale	COLIN.	Chirurgie thoracique et	
Chimie biologique	BERTRAND.	cardio-vasculaire	SISTERON.
Chirurgie générale	MARET.	Anatomie et chirurgie	
Bactériologie	VIALIER-	générale	BRAILLON.
	RAYNARD.	Chirurgie générale	VILLIERS.
	CHOLLAT.	Chimie biologique	LOUISOT.
Electro-radiologie		Neuro-psychiatrie	COURJON J.A.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES STAGIAIRES

Hématologie	MM. FAVRE-GILLY.	Pharmacie galénique	MM. ROLLET.
Hygiène	RIFFAT.	Physique	BIZOLLON.
AGREGES EN EXERCICE			
Ophthalmologie	MM. BONAMOUR.	Médecine générale	MM. GARDE.
Chirurgie générale	FRANCILLON.	Orthopédie	FAYSSE.
Gynécologie obstétricale ..	NOTTER.	Oto-rhino-laryngologie ..	GAILLARD.
Chirurgie générale	de MOURGUES	Médecine générale	PERRIN André.
	Georges.	Médecine générale	NORMAND.
Obstétrique	DUMONT	Chirurgie générale	MOUNIER-KUHN
	Martial.		Alain.
Neuro-psychiatrie	SCHOTT.	Médecine générale	MORNEX.
Médecine générale	DEVIC.	Electro-radiologie	CHASSARD.
Chirurgie générale	SAUBIER.	Obstétrique	GARMIER.
Orologie	DURAND.	Stomatologie	DUMAS.
Ophthalmologie	HUGONNIER.	Orthopédie	SCHNEPP.
Neuro-chirurgie	ALLEGRE.	Médecine générale	NOEL.

EXAMINATEURS DE LA THESE

Président : M. GIRARD

Assesseurs : MM. COLIN, GUYOTAT et MARIN.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PERE

A MA MERE

Bien faible hommage de filiale affection.

Que ce modeste travail soit pour vous le témoignage de mon respect, de mon profond amour et de mon infinie reconnaissance.

A MON PARRAIN

A MA MARRAINE

A MA FAMILLE

Gage d'un sentiment inaltérable.

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P.-F. GIRARD

Il nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoi-
gnage de notre respectueuse gratitude.

A NOS JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARCEL COLIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEAN GUYOTAT

Ils ont très aimablement accepté de juger cette thèse.

Qu'ils soient assurés de notre entière reconnaissance et de notre profond respect.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ANDRÉ MARIN

Il nous a inspiré ce travail et nous a constamment guidé, tout au long de son élaboration, avec une très grande bienveillance.

Nous lui sommes particulièrement reconnaissant d'avoir toujours fait preuve à notre égard d'un grand respect de nos idées et de notre méthode d'étude pour la rédaction de cette thèse.

Qu'il soit assuré de notre attachement respectueux et de notre grande admiration.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE ETIENNE-MARTIN

(in memoriam)

Il fut notre premier Maître dans les Hôpitaux.

Dès notre premier stage dans le Service de Clinique Médicale, il nous a témoigné bienveillance et sympathie.

Nous avons pu apprécier grandement ses qualités de Chef de Service, son sens clinique et son souci d'enseigner ses élèves au lit même du malade.

Il a constamment eu à cœur de nous faire partager les joies et les peines du clinicien au chevet de son patient.

Sa mémoire restera toujours présente à notre esprit.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR F. CABANNE

Directeur de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie de Dijon

Il nous a enseigné, avec une rare compétence, l'Anatomie Pathologique.

Nous le remercions d'avoir bien voulu nous témoigner sa sympathie lors d'une récente épreuve familiale.

Qu'il veuille bien accepter ici nos sentiments de fidèle reconnaissance.

A NOS PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE NATIONALE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

A NOS MAÎTRES DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE DIJON

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE GIRARDIER, *in memoriam*
MONSIEUR LE PROFESSEUR CORTET
MONSIEUR LE PROFESSEUR BALLIVET
MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNIN
MONSIEUR LE PROFESSEUR BARON
MONSIEUR LE PROFESSEUR PORTIER
MONSIEUR LE DOCTEUR VEILLET
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ C. KLEPPING
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GAYET
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHAPUIS
MONSIEUR LE DOCTEUR DESLANDRES
MONSIEUR LE DOCTEUR G.-C. LECLERC
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ALISON
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BOUHEY
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PUTELAT
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ AUPECLE
MONSIEUR LE DOCTEUR LEBLANC
MONSIEUR LE DOCTEUR PIARD
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DESTAING
MONSIEUR LE DOCTEUR DUBARD
MONSIEUR LE DOCTEUR PIGANIOL
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P.-G. MOREAU

AUX MÉDECINS CHEFS DE CLINIQUES, ASSISTANTS

A MONSIEUR LE DOCTEUR LECULIER
A MADAME LE DOCTEUR BOUQUEREL

Chefs de Service à l'Hôpital Psychiatrique de La Chartreuse

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. SENECAI

Directeur de l'Ecole Nationale de la Santé Publique

Il nous a fait l'insigne honneur de nous recevoir personnellement à Paris, au Ministère des Affaires Sociales.

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. ANDLAUER

Médecin-Inspecteur du Travail à Lyon

Il a orienté notre carrière de ses conseils éclairés.

Nous le prions d'agréer, avec notre sincère reconnaissance, l'expression de notre profond respect.

A MONSIEUR CLERMONT

Directeur Régional de l'Action Sanitaire et Sociale

Nous avons trouvé auprès de lui un accueil très favorable dès que nous lui avons exposé l'objet de notre travail.

Il nous a donné toute latitude pour faire, dans les Services dépendant de sa Direction, les études qui nous paraissaient indispensables.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre sincère reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LESAFFRE

Médecin Inspecteur Régional de la Santé

Nous l'assurons de notre gratitude pour avoir bien voulu nous autoriser à réaliser ce travail.

A MADAME GRANON

Directrice Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale

Sa collaboration nous a été précieuse.

Nous la prions de bien vouloir accepter l'hommage de notre profonde gratitude.

A MONSIEUR LEFEVER

Directeur du Centre Hospitalier Universitaire de Dijon

A MONSIEUR BOULOUIS

Directeur de l'Hôpital Psychiatrique de La Chartreuse

Nous leur présentons nos respectueux remerciements pour l'aide qu'ils ont eu l'amabilité de nous apporter.

A MONSIEUR COLIVET

Président du Tribunal pour Enfants de Dijon

A MONSIEUR CULIE

Juge des Enfants

A MONSIEUR GARNIER

Substitut du Procureur de la République

Ils ont bien voulu nous recevoir au Palais de Justice de Dijon.

Nous ne saurions trop nous féliciter de l'accueil qu'ils nous ont réservé.

Nous les remercions très respectueusement.

A MONSIEUR MORLEVAT

Député-Maire de Semur-en-Auxois

Nous avons eu l'honneur d'être son hôte et le privilège de visiter, en son aimable compagnie, les réalisations médico-sociales de la ville de Semur-en-Auxois.

Nous lui adressons notre profond respect et l'expression de nos remerciements.

Nous tenons tout spécialement à remercier :

MESSIEURS BALLAND, PICARDET, DELMAS

MADAME TRAPET

*du Centre Régional de Bourgogne
pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées*

pour les nombreux documents et renseignements qu'ils ont très volontiers portés à notre connaissance et surtout pour la très sympathique attention dont ils ont fait preuve tout au long de la réalisation de ce travail.

Nous leur devons beaucoup.

A MESSIEURS LES MÉDECINS, MAGISTRATS,
RESPONSABLES DE COLLECTIVITÉS LOCALES, MINISTRES DU CULTE

AUX DIRECTEURS D'ÉTABLISSEMENTS
ET CHEFS DE SERVICES SPÉCIALISÉS

AUX EDUCATEURS,
ENSEIGNANTS, PSYCHOLOGUES, ASSISTANTES SOCIALES,
ANIMATEURS D'ASSOCIATIONS DE PARENTS D'ENFANTS INADAPTÉS

AUX PRÉSIDENTS D'ASSOCIATIONS
ET D'ŒUVRES A CARACTÈRE SANITAIRE OU SOCIAL
ET AUX RESPONSABLES DES ORGANISMES DE PRISE EN CHARGE

AUX PERSONNES
REPRÉSENTANT A DIJON LES MINISTÈRES DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA JUSTICE ET DE L'ÉDUCATION NATIONALE

Leur collaboration toujours bienveillante, leur souci de nous informer le plus complètement possible et de mettre à notre disposition une riche documentation, enfin leur accueil très sympathique ont été, pour nous, d'une grande valeur et d'un utile réconfort.

Sans leur concours, ce travail n'aurait pas été possible.

Cette étude, que nous avons l'honneur de leur offrir, est le faible témoignage de notre extrême reconnaissance. Nous formulons le vœu qu'elle contribue à une meilleure connaissance de l'Enfance Inadaptée et à susciter un intérêt toujours plus vif de l'opinion publique pour cette grave réalité.

A MES AMIS

JACQUES BELIN

Je l'ai connu en P.C.B. Depuis, nos liens d'amitié n'ont fait que se resserrer.

Le meilleur gage de cette camaraderie sera de lui souhaiter un plein succès dans la spécialité qu'il a choisie.

MICHEL PETITJEAN

Mon amitié pour lui remonte aux classes de l'Enseignement secondaire, à l'Ecole Saint-François-de-Sales, de Dijon : elle ne s'est pas démentie depuis cette époque.

Sa réussite dans la carrière juridique à laquelle il se destine est mon vœu le plus ardent.

Maxima debetur puero reverentia.

(Juvénal.)

Hommes, soyez humains, c'est votre premier devoir : soyez-le pour tous les états, pour tous les âges... Aimez l'enfance,

(Jean-Jacques Rousseau.)

INTRODUCTION

Un nombre, chaque jour plus grand, de Médecins, Psychologues, Educateurs, Prêtres, Employeurs et Parents se trouve confronté avec les problèmes soulevés par l'Enfance Inadaptée : l'inadaptation juvénile, dans son sens le plus large, est aujourd'hui devenue une *question d'actualité*. Il n'est pas jusqu'aux moyens modernes de diffusion audio-visuels qui n'y trouvent matière à arguments, à scandale, à spectacle ou à propagande.

Cette exploitation qu'on en peut faire n'est, à vrai dire, que la rançon et la preuve d'une *prise de conscience collective* qu'il y a là, en effet, une question sociale d'une grande importance. Le temps n'est pas si lointain où chacun, en conscience, qualifiait d'« anormal » l'enfant que son insuffisance intellectuelle, son déséquilibre affectif ou son handicap physique rendaient incapable de s'adapter spontanément à son milieu familial, social ou professionnel. Et, comme les possibilités médicales d'amélioration étaient encore limitées, les établissements spécialisés, en vue d'une éventuelle rééducation, extrêmement rares, la famille, bien souvent, se résignait à garder auprès d'elle son enfant, sans autre espérance que celle qu'elle fondait dans son affection et son dévouement.

Mais, peu à peu, *les progrès* de la technique, de l'instruction, du niveau de vie, *loin de s'appliquer également à tous*, ont accru l'importance et aggravé la situation de certains groupes défavorisés. Déjà, la diminution de la mortalité infantile avait eu pour corollaire la survie d'enfants physiquement diminués. Ces deux facteurs — *les progrès de la Médecine* d'une part, et *l'élévation du seuil des exigences sociales et professionnelles* d'autre part — se sont rapidement conjugués pour faire évoluer le problème de l'Enfance Inadaptée de son aspect méconnu, volontairement ou non, et parfois honteux vers la notion de *fléau social* contre lequel la Société se devait de lutter. Pour ce faire, encore fallait-il mieux connaître l'adversaire que l'on s'ap-

prêtait à affronter, en évaluer les forces et, surtout, devait-on se convaincre des raisons, des moyens d'agir et des buts que l'on s'assignait.

Bien souvent, certains de ceux qui emploient les termes d'enfance inadaptée, de jeunesse inadaptée, leur donnent une acception limitée. Il semble bien, au contraire, que l'on est en droit de considérer comme jeune inadapté *tout enfant ou adolescent qui ne peut s'accommoder des conditions habituelles de vie ou d'éducation et qui requiert, pour autant, des aménagements spéciaux dans ses conditions d'existence ou dans sa prise en charge pédagogique*. Cette inadaptation peut donc se manifester déjà dans le milieu familial, elle peut se constater par rapport au milieu scolaire et aux exigences qu'il implique ; plus tard, elle pourra se faire jour au moment de l'entrée au travail. Enfin, l'inadaptation peut aussi se noter par rapport à la vie sociale dans son ensemble : c'est le cas du sujet qui se montre peu susceptible de nouer des relations, de s'intégrer dans le cercle de ses contemporains, d'accepter ou d'appliquer les lois et les règles qu'impliquent les structures de la civilisation moderne, de prendre, enfin, une part active, si modeste soit-elle, dans l'évolution et l'amélioration du monde qui l'entoure.

Si donc, *les causes de l'inadaptation* peuvent relever essentiellement du *milieu* dans lequel est plongé l'enfant ou l'adolescent, il n'est pas moins certain qu'elles peuvent également tenir au *sujet lui-même*. Fréquemment, les deux ordres de causes se conjuguent et agissent réciproquement les uns sur les autres. Il s'agira alors d'un jeune sujet que ses anomalies, l'insuffisance de ses aptitudes ou de son efficience générale, ou le défaut de son caractère, mettent en marge ou en conflit prolongé avec les réalités ou les exigences d'un entourage conforme à son âge et à son origine sociale. Ce même handicapé pourra voir son inadaptation à la vie sociale aggravée encore par un environnement non conforme.

En ce qui concerne le sujet lui-même, *des causes d'ordre physique, psychique ou social* sont à distinguer. Les handicapés physiques regroupent les malades chroniques, les infirmes moteurs cérébraux ou non. Sourds et hypoacousiques d'une part, aveugles et amblyopes d'autre part, forment la catégorie des handicapés sensoriels. Les inadaptés psycho-moteurs se recru-

tent parmi les sujets instables, ceux présentant des troubles de la parole, du langage, de l'écriture ou de la lecture. Les déficients mentaux rassemblent toutes les catégories de débilés. Les mineurs atteints de troubles du comportement forment un groupe distinct. Sous le vocable d'inadaptés sociaux, il est possible de comprendre les enfants ou adolescents privés de milieu familial normal ou d'enracinement territorial normal, en danger moral, et les délinquants. Enfin, il apparaît de plus en plus impérieux d'envisager le cas des enfants présentant des troubles associés.

Entendue dans son acception la plus large, il ne paraîtra plus surprenant de constater *l'importance démographique* de l'Inadaptation. Cependant, les difficultés auxquelles on se heurte dès que l'on tente de préciser les limites de cette inadaptation, expliquent les grandes variations dans l'estimation du nombre des inadaptés en France : certains les évaluent à un million et demi de sujets, soit dix pour cent environ de la population de la tranche d'âge de 5 à 19 ans ; d'autres, à près de trois millions. Mais il est bien certain que le nombre de ces handicapés est très variable selon la forme d'inadaptation envisagée. *Dans le département de la Côte-d'Or*, il ne paraît pas exagéré d'estimer à une *douzaine de milliers* les enfants présentant une forme plus ou moins accusée d'inadaptation. Sur ce chiffre, on admet généralement qu'un quart au moins, soit trois mille enfants, est justiciable pour une raison ou pour une autre — abandon de la famille, carence éducative grave de celle-ci, traitements médicaux spécialisés, enseignement approprié — de placement en dehors de la famille. Si l'on retient les perspectives d'accroissement de cette population juvénile dans les cinq années à venir, il faut vraisemblablement prévoir un accroissement au moins proportionnel du nombre des inadaptés, soit de trois à cinq cents nouveaux sujets. Dès à présent, les mineurs atteints de troubles du comportement et les « cas sociaux » constituent les plus lourds effectifs, mais c'est peut-être la catégorie dont les limites sont les plus floues. Viennent ensuite les déficients mentaux, les infirmes moteurs et, enfin, les handicapés sensoriels.

Est-il utile de souligner que, devant *l'ampleur de la tâche à accomplir*, le problème de l'inadaptation juvénile *ne saurait laisser indifférent* aucun être humain. Tout d'abord, les ina-

daptés ont des *droits*, autant et plus que les autres : droits à la vie, à l'éducation, au travail, à l'insertion dans la vie sociale, à l'accès aux valeurs esthétiques, spirituelles et religieuses. Ces droits leur sont communs à tous les autres hommes. Mais, comme ils ont une difficulté particulière à y accéder, ils ont, en outre, des droits spécifiques : droits à être soignés, éduqués, soutenus, défendus. Comme tous les êtres humains, ils ont finalement droit à être pris en considération, estimés en tant que personnes, donc pour eux-mêmes et non pas seulement en fonction de ce qu'ils apportent ou n'apportent pas à la communauté familiale, professionnelle ou nationale.

Cette communauté a donc intérêt à se soucier de cette catégorie défavorisée. Nombre d'inadaptés, même parmi les plus handicapés, pourront jouer un rôle dans la Société. Certains, même, surmonteront leur handicap de telle façon qu'ils prendront valeur d'exemple, de référence, de raison de vivre pour beaucoup d'autres. Si, à l'inverse, aucun effort n'est consenti en leur faveur, ils seront demain une charge accrue pour la Société et, peut-être, une menace pour sa sécurité.



L'action à entreprendre, pour être efficace, se doit d'être logique, progressive et continue. La première question à résoudre, logiquement et chronologiquement, est celle de *la prophylaxie et de la prévention*. La prophylaxie proprement dite s'adresse aux facteurs de l'inadaptation, tels que l'alcoolisme, le chômage, l'hygiène prénatale, la réforme de l'Enseignement ou l'éducation des familles. Son organisation s'inscrit dans un cadre très général, dans une politique qui vise à détecter les causes, à les empêcher d'apparaître, à les supprimer. La prévention, au contraire, s'applique à des situations risquant d'entraîner une inadaptation : elle intervient alors que ces mêmes facteurs sont déjà agissants.

La tâche de *détection* n'est pas moins importante. Nombre d'inadaptations s'aggravent parce que trop tardivement reconnues. Suivant le cas, les troubles seront individualisés d'abord dans le cadre familial, puis scolaire, professionnel, au sein d'organismes de loisirs et même sur la voie publique.

L'enfant reconnu inadapté, il sera généralement souhaitable de le soumettre à une *observation* plus ou moins prolongée, comportant des examens physiques, psychiques, l'anamnèse, l'enquête familiale et sociale, le bilan scolaire. Diverses modalités d'observation, dont les indications sont à préciser en fonction de chaque cas, seront à envisager : en milieu hospitalier, en Centre d'observation, en milieu ouvert.

Viendra alors la mise en œuvre du *traitement* et de la *rééducation appropriée*, avec, si possible, la participation et la coopération des parents. Ce n'est, d'ailleurs, pas à proprement parler de rééducation mais d'éducation dont ont besoin les jeunes inadaptés, et ce, aux divers niveaux de leur vie humaine. D'où la nécessité de n'oublier ni leur éducation affective, ni leur initiation artistique, ni leur formation morale.

Cette tâche de rééducation ou d'éducation, enfin, serait de peu d'efficacité si elle ne débouchait sur une série de mesures destinées à favoriser l'*insertion ou la réintégration* de l'inadapté dans la vie familiale, professionnelle et sociale. Trop souvent, au sortir d'un établissement et de longues années de rééducation, coûteuses pour la famille et la Société, le jeune inadapté ne parvient à trouver sa place parmi les siens. C'est, d'une part et fondamentalement, que l'opinion du milieu n'est pas suffisamment préparée et éclairée pour recevoir le jeune et l'intégrer ; c'est, d'autre part, que l'on est encore dépourvu d'organismes et d'institutions que l'on pourrait qualifier d'intermédiaires : ateliers protégés, foyers pour jeunes handicapés physiques ou psychiques, services de suite et de placement... La législation elle-même est encore, sur ce point, insuffisante et peu appliquée.

*
**

Ce travail a pour objet d'exposer ce qui a été entrepris, à ce jour, en faveur de l'Enfance Inadaptée, dans le département de la Côte-d'Or. Certes, on ne saurait envisager qu'un seul département couvre les besoins à lui seul et il est probable que, dans l'avenir, on soit amené à raisonner sur le plan régional, c'est-à-dire à étudier les réalisations dans le cadre d'une « Région-Programme », en l'occurrence la Région Bourgogne qui regroupe la Côte-d'Or, la Saône-et-Loire, la Nièvre et l'Yonne. Cependant, il faut bien reconnaître qu'actuellement, l'essentiel de ce qui a

été créé, l'a été en envisageant l'équipement minimum théorique départemental. C'est ce qui explique les limites que nous nous sommes fixées. Une autre raison plaide également en faveur de ce cadre géographique : les établissements ou organismes qui dépendent d'Administrations d'Etat ont été assez souvent mis en place à l'échelon départemental, même si leur recrutement s'étendait à la Région. Un dernier argument explique notre choix : bien évidemment, si de profondes différences existent d'un département à l'autre, différences tenant à la géographie, à la densité, à la répartition de la population, à la variété des initiatives locales et des compétences que l'on trouve dans les centres importants, la Côte-d'Or semble avoir été plus particulièrement favorisée au regard des trois autres départements de la Région et peut, malgré ses insuffisances, permettre de concevoir l'équipement minimum auquel un département, siège d'une Direction Régionale d'Action Sanitaire et Sociale, peut prétendre.

Notre méthode de travail, pour dresser le bilan des réalisations sanitaires et sociales pour l'Enfance Inadaptée en Côte-d'Or, s'est constamment inspirée d'une *prise de contact directe* avec un grand nombre de personnes intéressées par ce problème dans le département.

En effet, ce travail n'est pas la quintessence de données livresques, le résumé de rapports d'activités, ou même la simple transcription de renseignements ou d'informations communiqués par des personnes compétentes ; certes, chaque fois que l'occasion nous en a été offerte, nous avons agrémenté notre exposé de quelques renseignements statistiques, de résultats d'activités, d'études prospectives. Bien au contraire, pour la plupart des Etablissements, Services ou Organismes que nous étudions, nous nous sommes efforcés de *nous informer*, sur place, de leur fonctionnement. Pour ce faire, nous avons sollicité des entretiens auprès des Directeurs d'Etablissements, des Médecins, des Educateurs, des Pédagogues, des Travailleurs sociaux, des Parents, et aussi auprès des représentants de la Justice, de l'Action sanitaire et sociale, de l'Education nationale et des Collectivités locales. Mais surtout, nous avons eu pour objectif de nous rendre compte par nous-mêmes des aspects de la vie quotidienne des enfants et des adolescents inadaptés, dans les Etablissements spécialisés. A plusieurs reprises, nous avons

participé à des réunions de synthèse entre Educateurs, Médecins, Pédagogues, ou à des réunions d'études plus restreintes.

Ainsi conçue, une telle méthode de travail s'exposait à de nombreux écueils, mais présentait, en revanche, le mérite de ne pas subordonner notre étude à l'appréciation, peut-être orientée, sur telle ou telle réalisation, et ainsi à en subir quelque peu l'influence ; surtout, elle conférait à cette étude une certaine unité et une impartialité dues à un regard neuf sur ce qui avait été créé dans le département. Toutefois, il est bien certain que les observations, les jugements et les suggestions ne sont le fait que de notre impression personnelle et, comme tels, ne revêtent pas un caractère exhaustif et sont susceptibles de mises au point ou, tout au moins, peuvent servir de base de discussion. Quoi qu'il en soit, même les constatations négatives que nous avons pu formuler ne sont pas une critique, entendue dans une acception péjorative, mais bien plutôt une invitation à l'amélioration continue des méthodes éducatives par une confrontation réciproque des points de vue.

Dans un premier chapitre, nous retracerons brièvement l'*Historique* de l'action menée au bénéfice de l'Enfance Inadaptée, dans le département de la Côte-d'Or. Nous ne nous attacherons, en fait, qu'à rappeler les principales étapes de cette action, en réservant un plus grand développement à un Etablissement qui fut le premier à accueillir des handicapés et qui devait disparaître il y a une quinzaine d'années.

La seconde partie sera consacrée au *bilan des réalisations actuelles*. Nous envisagerons, en premier lieu, les services ou organismes qui, s'ils ne sont pas obligatoirement spécialisés dans la prévention et le dépistage des Inadaptés, en assurent tout au moins, entre autres tâches, la détection et l'orientation, qu'il s'agisse d'enfants ou d'adolescents présentant des troubles à caractère médical, des altérations du comportement, des difficultés à l'adaptation sociale ou scolaire. Ces services et organismes qui, le plus souvent, n'ont pas pour seule responsabilité la prévention et le dépistage de ces catégories d'enfants, permettent, toutefois, de mettre en œuvre les mesures d'observation, d'orientation puis des décisions sanctionnées par la rééducation ou l'acte thérapeutique. Puis, nous passerons en revue les différentes consultations spécialisées fonctionnant en Côte-d'Or avant d'aborder l'étude des Services et Centre d'observation.

L'enfant ayant été alors dépisté, observé, le diagnostic ayant été posé, la proposition de placement, de mesure éducative ou de traitement pourra être formulée : nous examinerons donc les organismes amenés à prendre une telle décision. Puis nous consacrerons une étude à chacun des Etablissements de cure et de soins, en nous efforçant de dégager l'originalité de la rééducation pratiquée, compte tenu des possibilités matérielles et des exigences en personnel spécialisé. A cette occasion, nous soulignerons ce qui nous est apparu comme particulièrement bénéfique à l'éducation des enfants, ainsi que ce qui nous a semblé indispensable pour escompter de meilleurs résultats. Nous mentionnerons, également, dans cette seconde partie, les Centres de formation de personnel spécialisé, les Organismes de gestion et les Associations de parents.

La troisième partie évoquera les *perspectives d'avenir*. Nous passerons en revue les projets de création d'Etablissements ou de Services spécialisés, nouveaux en Côte-d'Or, et d'extension de ceux déjà existants. Nous étudierons plus particulièrement les réalisations qui devraient voir le jour dans un avenir proche, en formulant le vœu que soient aplanies les difficultés de tous ordres auxquelles se heurtent encore aujourd'hui les promoteurs.

HISTORIQUE

L'étude historique de l'aide à l'Enfance Inadaptée en Côte-d'Or fait ressortir l'importance de *l'effort consenti depuis moins de vingt ans seulement*. Cet état de fait se retrouve d'ailleurs à l'échelon national. En effet, jusqu'à la dernière Guerre mondiale, seuls deux Etablissements, fonctionnant en Internat, étaient connus en Côte-d'Or ; la consultation d'Hygiène Mentale allait être créée à la veille des Hostilités et les premières classes de perfectionnement devaient ouvrir en 1941. Mais, comme devait le constater avec satisfaction, en avril 1966, lors de journées d'études à Dijon sur l'équipement départemental pour l'Enfance Inadaptée, M. le Préfet de la Région Bourgogne : « Il y a peu de temps encore, l'enfant débile, l'infirmes, étaient supportés par les familles avec patience et abnégation. Mais aujourd'hui, l'état d'esprit a changé. On n'accepte plus ! On veut soigner et sauver, on lutte pour une réinsertion dans la vie et l'on s'organise pour traquer le mal par tous les moyens. »

Bien plus que les réalisations proprement dites, c'étaient peut-être, en effet, *la connaissance de ce fléau social* avec ses multiples aspects, l'évaluation de son importance et une certaine prise de conscience de la réalité de l'enfance handicapée dans les milieux gouvernementaux, au sein du Corps Médical et, a fortiori, dans le « grand public » qui faisaient défaut. Le plus souvent, l'opinion publique se cachait à elle-même cette réalité, sans doute pour ne pas être dérangée dans sa recherche de la sécurité et dans son dogme du bonheur. De leur côté, les parents adoptaient une attitude résignée devant l'inexistence des moyens de rééducation, soit en conservant leur enfant auprès d'eux, soit en se refusant à assurer leur responsabilité parentale et en abandonnant l'enfant à l'Assistance Publique. Mais tous concevaient une certaine honte à avoir donné le jour à un « anormal », et bien rares étaient ceux qui s'ouvraient à un tiers des problèmes éducatifs ou médicaux que posait la présence de cet enfant au sein de la famille.

L'époque historique

Aussi, n'est-il pas inutile, en suivant l'ordre chronologique, de retracer l'histoire de l'action développée en faveur de l'enfance déficiente dans le département de la Côte-d'Or. Au cours de ce bref rappel historique, nous nous attacherons un peu plus longuement à l'étude de *l'Institut Boyer*, établissement qui devait fermer ses portes en 1951, soixante ans après sa création et qui fut le premier internat du département pour enfants débiles mentaux et petits caractériels.

En 1679, Bénigne Joly, chanoine de Saint-Etienne, de Dijon, surnommé « le saint Vincent de Paul de la Bourgogne », fonde la *Maison du Bon Pasteur de Dijon*. Fermée à la Révolution de 1789, réorganisée en 1839 par une Religieuse hospitalière, cette Maison a été autorisée, après sa réouverture, par décret du 23 octobre 1852. En 1954, devant l'extension des œuvres, l'augmentation des besoins en personnel spécialisé, le Bon Pasteur de Dijon s'est rattaché à la Congrégation de Notre-Dame de la Charité du Bon Pasteur d'Angers. La reconnaissance légale a été accordée par décret du 26 octobre 1959. L'Etablissement est aujourd'hui habilité à recevoir des mineurs confiées par les Tribunaux pour Enfants et par l'Aide Sociale à l'Enfance : jeunes filles en danger moral ou moralement abandonnées.

L'année 1889 voit s'ouvrir, 37 et 39, rue de l'Île, à Dijon, sur l'initiative d'un professeur de l'enseignement secondaire, M. Boyer, *l'Institut Boyer* ou « Institut pour enfants anormaux » qui devait devenir, en 1939, l'« Institut Médico-Psycho-Pédagogique pour enfants anormaux ». Situé dans un cadre de verdure, entre les deux bras d'un cours d'eau arrosant la ville, l'Institut fut réservé, à l'origine, aux sourds-muets et aveugles, enfants et adultes. En 1924, M. Boyer laisse la direction de l'Etablissement à son fils qui va, peu à peu, l'orienter vers la rééducation d'enfants débiles moyens et profonds, tout en acceptant quelques petits caractériels, dans la mesure où ils ne perturbaient pas les autres groupes. En 1935, l'effectif est à son maximum et avoisine 180 garçons et filles de 6 à 14 ans ; les handicapés physiques et les épileptiques, dès lors, ne sont plus admis. 35 personnes dont les éducateurs et les instituteurs sont occupés à l'Institut. Les enfants, en provenance de toutes les

régions de France, étaient adressés, pour la plupart, par les Directions départementales de l'Assistance Publique, quelques-uns étant placés directement sur la demande des parents. Tout au long de son séjour à l'Institut, l'enfant était suivi par le Médecin généraliste et le Neuro-Psychiatre. Les conclusions de l'examen médical, la fiche psychologique, les observations de l'instituteur et la correspondance avec la famille constituaient le dossier de chaque pensionnaire. A leur sortie, les enfants étaient remis aux services de l'Assistance Publique dont ils relevaient à l'entrée. En 1947, sous l'impulsion du Médecin Directeur de l'Hôpital de la Chartreuse, une réorganisation, souhaitable depuis longtemps, intervint, visant à ne plus garder d'inéducables et à mettre à la tête des classes des instituteurs spécialisés de l'Etat. En 1951, quelques mois avant sa fermeture, l'Institut comptait, pour un effectif inférieur à une centaine de pensionnaires, 16 éducateurs et éducatrices, un psychotechnicien, trois surveillantes et une infirmière. Huit classes fonctionnaient encore, dont cinq assurées par des instituteurs de l'Education nationale. Mais des difficultés financières et la non-conformité des locaux aux normes légales devaient obliger la Direction à fermer l'Institut à la fin de l'année 1951.

Les premières réalisations

Ce fut, bien souvent, grâce à *l'esprit d'initiative et à la persévérance* de quelques Médecins, Magistrats, Enseignants ou Travailleurs sociaux, que les premiers éléments d'un ensemble destiné à éduquer ou à rééduquer les Inadaptés furent mis en place. Si les premières tentatives ne furent peut-être pas toutes heureuses, elles eurent au moins le mérite d'attirer l'attention de beaucoup d'hommes responsables sur ce grave problème de l'assistance aux handicapés. Ce n'est seulement que plusieurs années après la fin de la deuxième Guerre mondiale, que les structures officielles en faveur de cette catégorie sociale jusque-là délaissée devaient voir le jour.

En 1939, *la Société Beaunoise de Protection de l'Enfance* voit le jour. Elle s'est alors donné pour tâche le placement familial d'enfants orphelins, issus de famille dissociée ou dont les parents sont déchus de leur puissance paternelle ou encore de

sujets déficients physiques, intellectuels et de petits caractériels. La même année, l'Office départemental d'Hygiène Sociale de la Côte-d'Or, qui avait pour but d'assurer la lutte contre les maladies sociales ainsi que la Protection de la Maternité et de l'Enfance, met en place une consultation de Neuro-Psychiatrie infantile, complétant ainsi sa série de dispensaires. Ces *consultations*, dites d'*Hygiène mentale et infantile*, fonctionnent à Dijon à partir de novembre 1939 sous l'autorité du Médecin Directeur de La Chartreuse. Elles sont organisées au dispensaire de la rue Audra à Dijon, à l'Hôtel-Dieu de Beaune ainsi qu'au dispensaire de Châtillon-sur-Seine.

Deux ans plus tard, les premières *Classes de Perfectionnement* font leur apparition à Dijon, aux groupes scolaires Tivoli-garçons et Darcy-filles. Mais elles ne permettent l'accueil que de 38 enfants déficients dijonnais pour une ville de près de 100 000 habitants. Et déjà, le Docteur Lauzier regrettait l'absence d'Internat de perfectionnement pour les enfants de la campagne et ceux qui doivent être éloignés d'un milieu familial incompréhensif ou malsain.

En juillet 1943, grâce à une initiative privée, un *Centre médical de rééducation d'enfants anormaux* est créé à Mornay-sur-Vingeanne. Un an plus tard environ, en octobre 1944, par arrêté préfectoral, tous les Pupilles de l'Etat et les enfants bénéficiaires de l'Assistance Médicale Gratuite devaient être retirés. « Après cet essai malheureux, plus que jamais, il apparaissait nécessaire d'inscrire au programme d'équipement sanitaire et social du département, la création d'un Internat de perfectionnement avec enseignement spécialisé, traitement médical et apprentissage professionnel. » (Dr Lauzier.)

La même année, sous l'impulsion de M. le Conseiller Mercier, une Association dite *Service Social de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence* est fondée et ouvre un Centre d'Accueil et d'Observation des *mineurs délinquants*, le 17 juillet 1943, dans une partie des locaux Parchappe de la Maison de Santé de La Chartreuse. Ce Centre, dont l'utilité s'était révélée au cours des Hostilités pendant lesquelles la criminalité juvénile avait triplé depuis 1939, comprenait vingt places et était réservé aux jeunes de moins de 18 ans. En novembre 1943, le Docteur Lauzier fait aménager à La Chartreuse une section de 60 lits pour enfants anormaux inéducables. L'assistance aux

arriérés inéducables n'avait, en effet, encore reçu aucune ébauche de solution : il n'existait, en Côte-d'Or, aucun service pour les recevoir.

Conformément aux directives de la circulaire du 1^{er} octobre 1945, émanant des services de coordination de l'Enfance déficiente et en danger moral, une *Association régionale pour la Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence* est créée, à Dijon, pour la Bourgogne et la Franche-Comté.

L'année suivante voit la création d'un *Service Social près le Tribunal pour Enfants*, auquel prêtent leur concours M. le Conseiller Mercier, le Docteur Léculier et M^{me} Lecat. C'est encore en 1946 que s'ouvre l'Ecole de plein-air du Clos Chauveau. Le Centre de perfectionnement de Rochefort-Lavirotte, près de Nolay, ouvre en novembre 1947. Il reçoit une trentaine de pupilles de l'Etat, filles retardées scolaires, et comporte deux classes de perfectionnement. Cette année-là, l'ouverture du Centre de rééducation de Montigny-sur-Vingeanne permet d'accueillir les garçons à l'issue de l'observation au Centre de La Chartreuse. Dès le début, 17 garçons purent y être envoyés.

La période contemporaine

Vers 1950 environ, il était déjà possible de mesurer l'effort entrepris depuis la dernière Guerre, grâce à la ténacité de certains, qui s'étaient décidés à « faire quelque chose ». Les résultats étaient encore modestes en comparaison des besoins considérables, mais ils avaient certainement été les plus difficiles à obtenir, car les promoteurs s'étaient heurtés à l'inertie de l'opinion publique. Cependant, il restait beaucoup à faire et, surtout, il fallait déjà s'inquiéter de *coordonner les actions* éparses, afin de les intégrer dans une politique cohérente de l'Aide aux Inadaptés. Ce ne devait pas être la tâche la plus aisée.

Si un premier effort avait été fait en faveur des arriérés profonds et des délinquants, rien n'existait encore, si ce n'est les classes de perfectionnement dont deux nouvelles avaient été ouvertes à Beaune en 1950 et à Dijon-Larrey en 1952, en ce qui concerne les débiles légers et moyens. Mais la Caisse Régionale de Sécurité Sociale devait aménager, en 1953, au château d'Aisy-sous-Thil, un *établissement Médico-Psycho-Pédagogique*

pour garçons au Q. I compris entre 60 et 80. L'effectif de 40 à l'origine passait rapidement à 50 puis 75 et enfin 96 actuellement. Cette même année voyait encore le transfert du Centre d'Observation de l'Hôpital de La Chartreuse à Chenôve. Quatre ans plus tard, le Foyer de semi-liberté du Mas d'Azil s'installe dans la même commune.

En 1957, l'Œuvre des Pupilles de l'Ecole Publique de la Côte-d'Or ouvrait, à Montmoyen, *la Maison des Pupilles*, établissement destiné à recevoir des débiles moyens et caractériels légers. Ce nouvel I.M.P. permettait de fermer un petit établissement, situé à Nolay, qui hébergeait jusqu'alors une trentaine de fillettes.

En 1958, le *Clos Chauveau* met en place sa première section pour amblyopes, tandis qu'un Centre de rééducation fonctionnelle du langage oral et écrit voit le jour rue de Fontaine, à Dijon, grâce à l'initiative de M^{lle} Aubertin. A Semur, l'intérêt que porte M. le Député-Maire aux problèmes posés par l'enfance handicapée est à l'origine de la création de l'*Institut De Vigne*, qui reçoit des filles débiles légères et moyennes de l'Assistance Publique. L'année suivante, la section des malentendants est créée au Clos Chauveau.

L'*Association des Papillons Blancs* ouvre en 1960, à Beaune, un I.M.P., « La Source », pour débiles profonds. C'est le premier centre éducatif pour enfants de 6 à 14 ans fonctionnant en semi-internat. Dans le courant de cette même année, un *Service de Prévention* est installé par les soins de la Direction départementale de l'Action sanitaire et sociale, tandis qu'une nouvelle *Association d'Aide à l'Enfance Inadaptée* voit le jour : cette Association, privée, se propose de créer un Institut Médico-Pédagogique pour déficients intellectuels profonds à Dijon.

En 1961, sur le territoire de la commune de Fontaine-lès-Dijon, s'installe l'Institut pour débiles profonds, projeté par cette Association d'Aide à l'Enfance Inadaptée.

En 1962, l'Union régionale Centre-Est, qui regroupe les Caisses primaires de Sécurité Sociale Minières de cette région, aménage au *château de Villeneuve*, près d'Essey, un *Institut Médico-Pédagogique* pour débiles moyens. Un an plus tard, sous l'égide de l'Association régionale de Sauvegarde, se crée, boulevard Carnot, à Dijon, un I.M.P. pour débiles profonds d'âge scolaire.

L'année 1964 voit se multiplier des réalisations très variées : le Clos Chauveau installe sa troisième section : celle des infirmes moteurs ; l'Association de Sauvegarde de l'Enfance devient le *Centre Régional de Bourgogne pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées* ; un Centre Psycho-Médico-Pédagogique se crée dans les locaux du Centre Régional de Documentation Pédagogique au Campus Universitaire de Montmuzard ; tandis qu'à l'Ecole Normale d'Instituteurs, un centre spécial assurera la *formation d'instituteurs spécialisés*, préparant le Certificat d'Aptitude à l'Enseignement des Enfants Inadaptés (C.A.E.E.I.) ; les Educateurs sont formés par une *Ecole d'Educateurs Spécialisés*, située boulevard Carnot, à Dijon.

En dehors de Dijon, à Velars, un *Centre de Rééducation Professionnelle*, pour caractériels et délinquants, remplace le premier établissement de ce type qui était installé depuis 1948, à Montigny-sur-Vingeanne, dans des locaux très incommodes.

Et, à Beaune, l'*Institut Médico-Professionnel « Le Sarment »* — le *premier en Côte-d'Or* — assure la continuité de l'éducation entreprise à l'I.M.P. « La Source ».

Enfin, en 1965, un Institut Médico-Professionnel pour les déficients intellectuels profonds de la région dijonnaise, fonctionnant en semi-internat, est créé à Chenôve.

*
**

Cet aperçu historique, bien que rapide, permet cependant de mesurer l'effort fait depuis quelques années. Il suppose également toute la volonté, l'obstination même que certains ont apportées pour mettre en place, d'abord sur le plan départemental, puis sur le plan régional, les premiers éléments d'un ensemble cohérent pour toutes les catégories d'Inadaptés, quels que soient leur âge, leur sexe ou leur handicap. Cependant, le grand nombre d'organismes et de personnalités intéressés par cette action commune pose le *problème de la coordination* de ce courant de bonnes volontés et d'esprit d'initiative. La nécessité se fait, dès lors, plus pressante de relais entre les actions privées, publiques et locales et les grandes administrations. Cette coordination est d'autant plus délicate à établir que chacun des organismes qui a créé un établissement ou tout au moins

qui le gère, peut difficilement convaincre les autres associations de sa totale impartialité. De plus, une telle harmonisation, pour prétendre à quelque efficacité, se doit de se manifester par une action persuasive en écartant, par avance, toute mesure coercitive, ou même toute décision autoritaire et sans appel.

BILAN DES REALISATIONS ACTUELLES

LE DEPISTAGE ET LA PREVENTION DES INADAPTES

1 — Le dépistage

De la conception que l'on peut avoir du dépistage et des conditions dans lesquelles il doit s'effectuer, découlera en dernier ressort toute la politique de prévention, de rééducation et de réadaptation de l'Enfance Inadaptée.

Suivant que l'accent sera mis sur l'aspect pathologique, le *dépistage* prendra un caractère *médical* ; si l'on s'attache plus particulièrement à l'aspect éducatif, familial ou scolaire, il sera *pédagogique* ; si l'on retient l'aspect socio-économique, cette détection prendra une couleur *sociale*.

C'est dans cet esprit que nous passerons en revue, dans ce premier chapitre, les organismes et les services — ces deux mots étant entendus dans leur acception la plus large — qui, spécialisés ou non, participent au dépistage des Inadaptés. Nous verrons, successivement, le dépistage d'enfants présentés pour des troubles à caractère médical, puis de ceux souffrant d'une inadaptation sociale et, enfin, ceux présentant des difficultés scolaires.

1° — Dépistage d'enfants présentés à une consultation pour troubles à caractère médical.

Cette première démarche constitue, en quelque sorte, le *dépistage* « sur le tas », *intimement lié aux mesures préventives*. Il s'agit de détecter, le plus précocement possible, les *facteurs d'inadaptation*, en particulier les déficiences de l'enfant ou de son milieu, et de tenter d'y porter remède ou d'orienter l'enfant avant qu'il ne verse dans une inadaptation confirmée. Cette

tâche est, d'ailleurs, loin d'être aisée car, bien souvent, les enfants présentés à la consultation sont amenés pour des motifs très variés qui sont, en fait, très éloignés de la cause exacte du trouble. C'est dire que les diagnostics portés sont souvent différents des raisons qui ont motivé la consultation. C'est le cas de l'enfant qui présente une inégalité des membres inférieurs et qui développe une scoliose ; c'est le cas de l'enfant hypoacousique et qui devient un retardé scolaire ; c'est le cas de l'enfant placé dans un milieu affectivement défavorable et qui finit par manifester des troubles graves du comportement. L'impérieuse nécessité de la précocité de ce dépistage est trop évidente pour y insister et il faut souligner le rôle que doivent jouer le voisinage, les instituteurs, les ministres du culte, les employeurs, pour exhorter les parents à faire consulter leur enfant ou, s'il s'agit d'un adolescent, à l'encourager à faire le premier pas, la famille devant, de toute façon, être entendue.

A qui revient un tel dépistage ?

LES MÉDECINS PRATICIENS.

Ce sont d'abord les Médecins généralistes et les pédiatres, installés dans les villes et en milieu rural, qui auront toujours présente à l'esprit la possibilité d'une inadaptation plus ou moins latente et cachée par un trouble somatique. *Le rôle du Médecin de famille*, à qui les parents se confient plus volontiers qu'au spécialiste, apparaît ici primordial. Il est souvent le seul à ne rien ignorer, à la fois, de la situation familiale, sociale et professionnelle dans laquelle vit l'enfant. Encore faudrait-il qu'un *minimum d'informations* lui ait été donné sur le problème de l'enfance inadaptée. Il serait souhaitable, à ce sujet que l'*enseignement médical ainsi que l'enseignement post-universitaire* consacrent quelques heures à cette question, et il faut se féliciter, en ce qui concerne l'Ecole de Médecine de Dijon, que depuis quelques années une place y ait été réservée dans le cours de Médecine Sociale, en cinquième année.

LA CONSULTATION DE PÉDIATRIE DU CENTRE HOSPITALIER DE DIJON.

Au Centre Hospitalier Régional de Dijon, la Clinique Médicale Infantile organise des consultations externes. A cette occasion également, le dépistage de handicapés peut être assuré.

Toutefois, il s'agit peut-être là d'un dépistage au second degré : le trouble somatique ayant déjà été suspecté par l'assistante sociale de secteur, l'instituteur ou le médecin scolaire. D'autre part, les parents seront peut-être moins ouverts que dans le cabinet du médecin de famille pour collaborer à l'enquête familiale, sociale et scolaire. Cependant, *l'intérêt que portent les médecins de cette consultation à la recherche d'une inadaptation*, liée peu ou prou à une déficience organique, et les relations qui unissent le Service de Pédiatrie à la Consultation de Neuropsychiatrie Infantile du Service de Neurologie, sont l'assurance d'une meilleure détection des enfants handicapés. Il faut mentionner, en particulier, qu'en cas d'hospitalisation de tout enfant dans le Service de Pédiatrie, l'observation comporte déjà quelques éléments de base de la situation sociale et familiale de l'enfant. Si cela paraît nécessaire, un bilan psychologique sera demandé à une Psychologue qui travaille à temps plein à l'hôpital mais qui partage son activité entre le Service de Neuropsychiatrie et celui de Pédiatrie.

LES CONSULTATIONS DE P.M.I.

Non négligeable encore, apparaît le rôle que peuvent jouer, dans le cadre de la Protection Maternelle et Infantile (P.M.I.), les consultations post-natales de médecine infantile des enfants du premier et du second âge. Chaque fois qu'il est constaté, soit à la consultation de nourrissons, soit à l'occasion de la visite à domicile, que *la santé de l'enfant est déficiente*, l'assistante sociale doit engager la famille ou la personne à laquelle incombe la garde de l'enfant, à faire appel à un médecin. De même, si la santé de l'enfant est compromise par *l'absence de soins convenables, par de mauvais traitements ou de mauvais exemples*, l'assistante sociale doit en rendre compte au Médecin-Chef du Centre de P.M.I. et au Directeur départemental de la Santé qui mettront en œuvre les mesures appropriées pour sauvegarder la vie ou la santé de l'enfant.

2° — Dépistage d'enfants présentant des difficultés d'adaptation sociale

L'Inadaptation pouvant s'entendre comme étant l'aboutissement de facteurs dont les uns sont directement sociaux, d'autres neurologiques, d'autres, enfin, somatiques et psychiques, on

conçoit facilement qu'« enfants inadaptés » n'est pas synonyme d'« enfants anormaux ». *Le critère social* se substitue au critère étiologique. Outre des facteurs personnels, on ne saurait minimiser pour autant l'importance de ceux qui sont familiaux, sociaux, économiques.

Il semble donc artificiel de vouloir isoler ces facteurs comme étant à la base d'une catégorie particulière d'inadaptés : « *le cas social* » *pur n'existe pas*, il ne se manifeste qu'en fonction des déficits, réactions affectives ou caractérielles qui peuvent en être l'expression.

Il n'en reste pas moins que certains enfants, de par leur situation sociale, *risquent de présenter* des troubles d'adaptation et exigent une intervention de la Société, soit pour répondre à la carence dont ils sont victimes, soit pour prévenir des désordres ultérieurs. Dans cette dernière perspective, plusieurs Services sont à même de réaliser une détection, premier stade avant une observation, une orientation et une rééducation éventuelles. Mais beaucoup de ces Services assurent, en même temps et surtout, un rôle diagnostique, d'orientation et de proposition de traitement. Aussi n'envisagerons-nous, dans ce chapitre essentiellement réservé au dépistage, que la Brigade des Mineurs et, plus brièvement, les divers Services sociaux, spécialisés ou non, de détection et de prévention.

LA BRIGADE DES MINEURS.

L'évolution des idées, des mouvements tant politiques que sociaux et démographiques ont rapidement mis en défaut les cadres et les méthodes traditionnelles qui, jusqu'alors, assuraient l'ordre public. C'est ce qui explique qu'au sein de la Police répressive, il s'est avéré que serait utile une « *Police constructive, préventive et protectrice* ». Si, a priori, une telle suggestion allait à l'encontre des conceptions habituelles presque opposées, cette idée a, cependant, pris corps en France, depuis la fin de la dernière Guerre. En mai 1956, elle s'est réalisée à Dijon, après beaucoup de villes et avant bien d'autres : il est donc né, dans cette cité, une Police préventive et sociale.

Qui protéger et qui guider ? Il convenait évidemment de s'adresser à ceux qui, par définition, sont *en pleine mutation*, c'est-à-dire *les adolescents*, ceux qui, à peine sortis de l'enfance,

ne sont pas encore des hommes mais se préparent à le devenir et doivent s'intégrer à la Société. Le problème posé est vaste car, pour un organisme qui a la garde de l'ordre public, il convient de remettre dans la bonne voie des mineurs qui risquent de ne pas s'adapter, qui vont s'égarer ou sont déjà irréguliers. Les cas doivent être envisagés sur le plan de la première cellule sociale : la famille ; la seconde, artificielle : le groupe ou « la bande », et, enfin, le milieu de vie.

Après s'être intéressée d'abord aux *irréguliers* qui n'ont pas commis de délits au sens strict du terme, la Brigade des Mineurs de Dijon, qui dépend de la Sûreté Nationale, a été amenée à prendre en charge la protection des *mineurs en danger*, les interventions dans les foyers en crise, les enquêtes sur la garde des enfants dans les divorces, les adoptions, les retraits d'enfants, les fugues et les disparitions et, en dernier lieu, les instructions d'Assistance Judiciaire. Très tôt, son rôle de dépistage et d'enquête s'est donc doublé de celui de *surveillance*, *d'éducation*, *d'information*, en se mettant à la disposition éventuelle des Juridictions d'Instruction et de Jugement.

C'est qu'en effet, si les contraventions, l'admonestation ou la peine d'amende prévues par la loi et prononcées à l'encontre d'un mineur de plus de 13 ans, n'entraînent qu'exceptionnellement l'intervention du Juge spécialisé, à l'inverse, le Chef de la Section des Mineurs, s'il estime que l'enfant est en danger et qu'une mesure éducative s'impose, peut, après le jugement, transmettre le dossier au Juge des Enfants.

L'activité de la Brigade des Mineurs de Dijon se divise en deux branches principales : les cas où les policiers sont « *intervenues* » ou bien ceux où ils ont enquêté sur instructions reçues et d'autre part, les cas pour lesquels ils ont agi *de leur propre initiative*.

La gradation de la tâche de la Brigade s'illustre par le tableau suivant :

<i>Année</i>	<i>sur Instructions</i>	<i>sur Initiative</i>	<i>Total</i>
1956 (7 mois)	103	122	225
1957	204	332	536
1959	243	477	720
1962	441	467	908
1964	516	774	1 290

En 1965, le chiffre total s'élevait à 1 500 mineurs. Sur ce nombre, 400 avaient été admonestés et 150 présentés devant le Tribunal pour Enfants. 200 fugueurs furent placés et, pour 200 autres, une solution amiable put être préconisée, 50 enfants furent l'objet d'une mesure de retrait de la famille. Dans le même temps, les effectifs passaient de 3 fonctionnaires en 1956, à 4 en 1957 et 5 en 1963.

Dans un contexte élargi, il semble bien que la Brigade des Mineurs de Dijon assure un rôle de détection et de promoteur d'une action éducative qui n'en est, peut-être, qu'à son début. Aussi serait-il bénéfique que *le champ d'action* de cette Police spécialisée puisse s'étendre, *en dehors de Dijon*, à l'ensemble du département et, plus particulièrement, aux agglomérations urbaines.

LES SERVICES SOCIAUX NON SPECIALISES.

Au dépistage d'enfants présentant une inadaptation sociale collaborent encore, mais dans une moindre mesure, le Juge pour Enfants, les consultations d'Orientation Educative et les services d'Observation en Milieu Ouvert, les consultations d'Hygiène mentale de Dispensaire ou Médico-Psychologique de la S.N.C.F. Mais ces divers services ont essentiellement pour tâche le diagnostic, l'orientation, la décision de la sanction thérapeutique ou éducative : c'est à ces différents stades que nous serons amenés à les étudier.

Cependant, il convient de faire une place à part aux services sociaux des Caisses de Sécurité Sociale, d'Allocations Familiales, de Sociétés Mutualistes, de la S.N.C.F. et des Armées. Ces services, s'ils ne dépistent pas uniquement les « inadaptations sociales », sont toutefois plus orientés, de par leur nature même et leur tradition, à concentrer leur attention sur les difficultés de l'intégration des sujets au milieu qui les entoure.

— LE SERVICE SOCIAL DES CAISSES DE SÉCURITÉ SOCIALE ET D'ALLOCATIONS FAMILIALES DE DIJON.

C'est ainsi, par exemple, que 13 Assistantes sociales dépendant de la Caisse Primaire de Sécurité Sociale exercent leur activité en Côte-d'Or, dont 3 sont rattachées à la section locale

de Beaune et 3 autres à Montbard. Ces Assistantes se rendent elles-mêmes dans les familles, soit sur la demande de celles-ci, soit grâce aux informations fournies par le Médecin-Conseil et le Service Médical. Il s'agit d'abord d'une *tâche d'information* sur la situation de la famille, d'une évaluation de son degré de compréhension et d'instruction, d'estimation de ses possibilités matérielles et financières, de son désir de coopération. Dans tous les cas, si les carences intellectuelles et pédagogiques ne s'y opposent pas, l'Assistante s'efforcera de *faire prendre conscience à la famille* que c'est à elle *qu'incombe la responsabilité de faire éduquer son enfant handicapé*. Cette attitude est certainement très heureuse, à une époque où certains parents sont volontiers, prêts à se décharger de leurs obligations sur des organismes et services sociaux ; elle les engage à chercher des solutions, à faire les démarches nécessaires, à s'enquérir des possibilités de scolarisation et de formation professionnelle éventuelles, en un mot à *ne pas se désintéresser de l'avenir de leur enfant*. L'Assistante sociale de secteur, après avoir signalé le cas et établi un rapport, gardera le contact avec la famille pour informer, *conseiller, tenir en éveil sa vigilance* à l'égard de l'évolution favorable ou non de la déficience de l'enfant. Notons encore que les Assistantes sociales des Caisses de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales restent en liaison avec les Médecins-Conseils, les Services Médicaux Scolaires, la consultation d'Hygiène Mentale. Dans leurs rapports avec l'autorité judiciaire et les services administratifs chargés de la Protection de l'Enfance, et dans l'intérêt même du mineur, elles ne sont d'ailleurs *plus tenues au secret professionnel* (1).

— LE SERVICE SOCIAL DE LA S.N.C.F.

La S.N.C.F., de son côté, s'est également intéressée au dépistage des Inadaptés. *Le Service Social de l'arrondissement de Dijon* consacre près de *la moitié de son temps* à la détection d'enfants présentant des troubles, le plus souvent légers, de l'intégration sociale ou, dans une moindre mesure, des difficultés scolaires. Les Assistantes sociales — 5 à Dijon et 1 aux Laumes-Alésia — n'interviennent *jamais de façon autoritaire* si ce n'est

(1) Ordonnance N° 59-35 du 5 janvier 1959.

par l'intermédiaire du Service de Prévention dépendant de la Direction départementale de l'Action Sanitaire et Sociale. Généralement, elles agissent à la demande des familles, prennent contact, établissent une « enquête » familiale et sociale, et s'assurent du bon vouloir des parents. Le but essentiel de cet entretien visant à conseiller la famille à présenter l'enfant à la *consultation Médico-Psychologique S.N.C.F. à Dijon*. Mais *cette tâche de dépistage* bien que prépondérante, puisqu'elle occuperait les neuf dixièmes du temps employé à l'aide aux Inadaptés et à leurs familles, *se prolonge* par les conseils, l'explication des directives du Médecin neuropsychiatre de la consultation et la surveillance à domicile, de l'exécution des prescriptions et de la mise en œuvre de la rééducation. Signalons, enfin, que dans le cadre de cette grande Entreprise nationalisée, la « Famille du Cheminot » vient de créer une *sous-commission de l'Enfance Inadaptée* qui a pour but d'assurer la liaison entre les familles ayant un ou plusieurs enfants inadaptés et l'Union Nationale des Associations d'Amis et Parents d'Enfants Inadaptés (U.N.A. P.E.I.), lesquelles tendent également à développer le dépistage. La section de Dijon de la « Famille du Cheminot », représentée par l'un de ses membres à cette sous-commission, s'est donné pour tâche le recensement, l'information et la défense des familles.

— LE SERVICE SOCIAL AUX ARMÉES.

Nous dirons quelques mots, enfin, de l'Action Sociale des Armées et plus particulièrement de la Délégation régionale de la 7^e Région Militaire et du Secteur Social de Dijon, en précisant que la suppression de cette Région et son rattachement à la 6^e, dont le chef-lieu est à Metz, en réduira peut-être l'importance. En Côte-d'Or, 8 Assistantes sociales dont 1 à l'hôpital militaire Hyacinthe-Vincent de Dijon, et 2 à la Base Aérienne de Longvic, se partagent la tâche de contacter les *familles de militaires*, d'assurer la Protection Maternelle et Infantile, de dépister les enfants déficients. Le Service Social aux Armées effectue une enquête sur le milieu familial, les influences réciproques des membres de la fratrie, la détection de déficiences physiques, caractérielles et intellectuelles. Les premiers *éléments du dossier* de l'enfant sont donc déjà rassemblés et *transmis au Médecin*

neuropsychiatre de l'hôpital militaire, éventuellement complété d'un bilan psychologique. L'Assistante sociale, après la consultation, coopère encore avec la famille à la recherche d'un établissement susceptible d'accueillir l'enfant, soit en réservant l'une des 1 850 places conventionnées dans les établissements civils, soit en le faisant admettre dans l'un des établissements dépendant directement de l'autorité militaire. Ces derniers, qui fonctionnent en I.M.P. et foyers pour caractériels et débiles, n'offrent que 260 places pour l'ensemble du territoire métropolitain. Pour le secteur de Dijon, dont ressortissent les départements de la Côte-d'Or, de la Saône-et-Loire, de la Nièvre et de l'Yonne, 12 déficients mentaux et 4 handicapés physiques furent placés, en un an, dans les Internats. L'œuvre de dépistage et d'information, puis de conseils à la famille n'est donc pas sans intérêt dans ce milieu militaire, qui n'est pas susceptible d'être pris en charge par les Services sociaux civils habituels.

3° — Dépistage d'enfants présentant une inadaptation scolaire

Bien des inadaptations ne sont *révélées qu'à l'épreuve de la scolarité*. C'est que celle-ci multiplie les nécessités d'adaptation de l'intelligence et du caractère : travail, contact avec les maîtres, avec les camarades appartenant souvent à des milieux sociaux différents. Nous verrons s'accroître les réactions commandées par l'arriération intellectuelle ou affective, l'instabilité l'émotivité : réaction de repliement, de révolte ou de fuite dans l'école buissonnière. Il peut s'agir d'inadaptés scolaires simples pour lesquels les seules mesures préconisées paraissent devoir être essentiellement d'ordre pédagogique : retardés intellectuels ou enfants « peu doués », retardés physiques avec retard scolaire sans déficit mental proprement dit, et retardés scolaires simples ou retardés pédagogiques. Il est bien évident que tous ne sont pas des inadaptés mais plutôt des *candidats à l'inadaptation* ; mais les facteurs ou effets proprement scolaires risquent de se mêler aux réactions familiales pour aboutir à un cercle vicieux famille-école dont l'inadaptation caractérielle est le terme habituel, en l'absence de mesures appropriées : conseils pédagogiques, classes de réadaptation ou de rattrapage, classes à effectifs réduits ou à méthodes actives, pré-apprentissage précoce. Il semble donc inutile d'insister sur l'intérêt d'un dépis-

tage précoce de tels sujets puisqu'il pourra prétendre, dans la plupart des cas, à l'adaptation satisfaisante au milieu scolaire. Enfin, il faudra se soucier de détecter, également, les déficients partiels, ceux qui souffrent de carences d'une fonction idéative, idéomotrice ou psychomotrice, à l'exclusion des déficits intellectuels, sensoriels ou moteurs purs même partiels : ce seront les sujets qui présentent un trouble du langage, les instables moteurs, intellectuels, affectifs et émotionnels, ceux porteurs de troubles de latéralité. Ces déficients posent souvent des problèmes difficiles et intriqués. Beaucoup seront des inadaptés scolaires, du moins durant un temps. D'où la *nécessité de mesures précoces* psychomotrices, orthophoniques, psychothérapiques et pédagogiques.

Au dépistage de tels enfants, collaborent les membres du Corps Enseignant, les Psychologues scolaires, les Médecins scolaires et, plus récemment, toutes les personnes réunies au sein des Commissions Médico-Pédagogiques.

LES PÉDAGOGUES.

Le rôle du pédagogue est de faire le bilan des connaissances scolaires et d'étudier, dans le détail, les handicaps particuliers ayant trait à la lecture, au calcul, à l'écriture. *Ce rôle devrait être, en fait, beaucoup plus étendu.* Les difficultés scolaires, effectivement, mettent en jeu deux interlocuteurs : l'enfant et l'école. L'enfant qui entre à l'école se trouve brusquement confronté à toute une série de situations nouvelles, auxquelles il lui faudra s'adapter rapidement et simultanément : situations de travail, de vie collective, situations affectives. La vie scolaire, dès le premier cycle élémentaire, pose donc des problèmes multiples que le pédagogue et le psychologue vont s'efforcer de déceler, puis de résoudre. La tâche du pédagogue étant de faire acquérir à l'enfant un certain nombre de connaissances dans un certain délai, avec la meilleure efficacité, *la collaboration nécessaire avec le psychologue* ne sera valable que dans la mesure où chaque spécialiste s'informe des exigences de l'autre sans pour autant prendre sa place. La Psycho-Pédagogie sera le résultat de cette collaboration. Et il semble bien que grâce aux efforts déployés dans le sens de cette remise en question des attitudes antérieures par M. l'Inspecteur Primaire de Dijon-Plaine, lequel s'est particulièrement intéressé à la scolarisation

des enfants inadaptés, un *nouvel état d'esprit* soit né chez un grand nombre d'Enseignants de la Côte-d'Or. Ce travail considérable de dépistage et de recensement, en milieu scolaire, des enfants inadaptés, va très prochainement se concrétiser par l'établissement d'un *fichier départemental* et il n'est pas douteux que les pédagogues auront, à ce moment, l'occasion de formuler leurs observations.

LES PSYCHOLOGUES SCOLAIRES.

Leur rôle est d'étudier l'enfant sur *le plan de son comportement*, de son attitude vis-à-vis des individus et des objets, *de ses résultats* en présence des divers *tests* que son âge et son état conseillent d'employer. Il est inutile de souligner l'intérêt non seulement des tests mais aussi de l'ensemble des constatations psychologiques, pour saisir les causes des difficultés scolaires et en évaluer l'importance. A la suite de la nécessaire détection psychologique, se posera le problème des déficients intellectuels scolarisables, des inadaptés scolaires pour troubles du comportement, et ceux pour lesquels les conditions socio-affectives ont joué une influence capitale. En ce qui concerne la vie scolaire du premier cycle, les difficultés scolaires surviendront essentiellement à *deux périodes critiques* : à 5-7 ans, au moment du départ de la vie scolaire, période déterminante qui doit constituer l'assise sur laquelle tout l'édifice scolaire reposera et, plus tard, vers 11-12 ans, l'entrée en sixième, autre moment-clé qui va commander l'accession à l'enseignement secondaire.

En fait, comment se concrétisera le travail de « la » Psychologue scolaire puisque, le plus souvent, il s'agit de représentants du sexe féminin ?

Tout d'abord, elle collaborera, avec les maîtres, à la tâche générale *d'orientation*, par une observation continue de l'élève afin d'évaluer ses possibilités et les faire s'épanouir dans le meilleur des cas. Cette collaboration à l'orientation interviendra surtout à l'entrée en cours préparatoire, à l'entrée en sixième et, ultérieurement, en classe de troisième.

Elle apportera les éléments de son observation et de son examen *d'enfants présentant des difficultés particulières* en proposant une rééducation appropriée ou une psychothérapie : recherche d'un déficit intellectuel, psycho-moteur, de troubles à

l'apprentissage de la lecture, de l'écriture, du langage, de l'existence de conflits affectifs.

Plus généralement, elle fournira *des éléments de documentation* aux Maîtres, Directeurs de groupes scolaires, pour l'amélioration des méthodes pédagogiques : c'est ainsi, qu'actuellement, les psychologues scolaires de Dijon font une étude sur les causes d'échecs à l'apprentissage de la lecture au Cours préparatoire.

Elle assurera, enfin, la *liaison* avec tous les services intéressés à l'éducation des enfants ainsi qu'avec les Services Médicaux Scolaires.

Ces multiples responsabilités font apparaître l'intérêt que peut représenter, pour les Psychologues scolaires, le fait d'avoir eux-mêmes exercé les fonctions de pédagogue. Cependant, l'observation des modes de comportement et des réactions de l'enfant suppose *un certain détachement, une certaine prise de distance* à son égard, auxquels ne pourrait prétendre le maître. Entre celui-ci, et peut-être malgré lui, et l'élève, se nouent presque obligatoirement des liens affectifs qui s'opposent quelque peu à une saine objectivité dans l'appréciation et l'interprétation des attitudes de l'enfant. Aussi, semble-t-il préférable de s'adresser pour une telle estimation à une personne qui, tout en étant très près de l'enfant, lui reste cependant un peu étrangère.

La Psychologue scolaire *ne peut donc œuvrer seule* ; sa tâche n'est ni un arbitrage ni un simple élément d'information. Elle doit s'intégrer au sein d'une *équipe médico-psycho-pédagogique*. Sa tâche est certainement plus de fournir au Médecin un ensemble d'observations, de constatations et d'appréciations que de tirer des conclusions personnelles visant une éventuelle orientation pédagogique ou une action éducative sur le milieu familial. Dans tous les cas, c'est *en collaboration* avec le Médecin et à sa demande que la Psychologue scolaire doit effectuer son travail. De plus, son action ne doit pas rester méconnue ou au seul usage de statistiques ou encore à des fins de satisfaction didactique : au contraire, *les échanges avec les parents* doivent être nombreux et réguliers. Le but final recherché étant à la fois l'adaptation de l'enfant à l'école mais aussi celle de l'école à l'enfant.

Actuellement, à Dijon, sont en fonction dans des groupes scolaires de 600 à 800 enfants, six Psychologues scolaires, un

Psychologue étant affecté au Centre Psycho-Médico-Pédagogique. Il est certain qu'il conviendra d'envisager une solution en ce qui concerne le milieu rural et, seules, des équipes itinérantes seraient susceptibles de répondre à ce besoin. Par ailleurs, la question de l'implantation de Psychologues scolaires dans les établissements secondaires et, peut-être, privés, constitue dès maintenant, avec la réforme de l'Enseignement, une nécessité.

LES SERVICES MÉDICAUX SCOLAIRES.

Le Médecin a, bien entendu, pour premier devoir de procéder à *l'examen clinique*. Il lui faut, orientant cet examen suivant l'âge de l'enfant et, au besoin en demandant des avis spécialisés, s'assurer, s'il a moins de 7 ou 8 ans, de l'intégrité de sa vue et de son audition, du bon développement de son langage ; s'il est plus âgé, de sa croissance et de son évolution pubertaire ; à tout âge, de ses maladies ou indispositions qui peuvent, par leur répétition, gêner ses acquisitions scolaires. Il sera d'abord nécessaire de s'enquérir de la réalité de ce retard ou de ces difficultés ; en cas d'absences prolongées et répétées, connaître avec précision la nature et la gravité réelle des maladies invoquées. *Le Médecin peut-il aller plus loin ?* Certes, il le peut, mais *à la condition d'être informé* de tout un ensemble d'éléments paramédicaux nécessaires à la connaissance du problème : données psychologiques et psycho-pédagogiques. L'idéal serait, si les contingences matérielles ne s'y opposaient pas, que la présence du Médecin scolaire au sein de l'équipe médico-psycho-pédagogique soit plus constante. A ce sujet, il faut se féliciter que soient organisées régulièrement, sous l'égide du Ministère des Affaires sociales, des Journées d'Information pour les Médecins du Service de Santé scolaire de la Région Bourgogne.

A la recherche d'une politique de dépistage le plus précoce possible, l'importance de la *visite médicale pré-scolaire* apparaît dans toutes ses conséquences. Il faut, avant l'entrée pour la première fois à l'école primaire, déterminer l'aptitude ou l'inaptitude de l'enfant à l'enseignement normal. Mais l'inaptitude peut survenir au cours de la scolarité, d'où la nécessité d'une *surveillance permanente* médico-socio-pédagogique et de « bilans

de santé » à certains âges : en Cours moyen 2^e année (CM 2), en classes de Cinquième et Troisième.

L'expérience clinique et psychologique ne présente donc pas en cette matière une qualité indispensable. Les données sont recueillies avec les renseignements fournis par la Psychologue, l'Instituteur, l'Assistante sociale. Le diagnostic d'inadaptation résulte d'un *travail en équipe, analyse* d'abord puis *synthèse*. Cette nécessité a reçu, nous allons le voir, une consécration officielle : ce sont les Commissions Médico-Pédagogiques qui participent à l'élaboration d'un Fichier départemental des Inadaptés scolaires.

LE FICHIER DÉPARTEMENTAL DES INADAPTÉS SCOLAIRES.

Depuis l'année scolaire 1963-1964, un premier recensement des élèves inadaptés à une scolarité normale avait été effectué par l'Inspection d'Académie. Mais il est apparu indispensable de poursuivre l'effort accompli dans ce domaine et de procéder maintenant à un *dépistage méthodique* de ces inadaptés et de mettre en place un *Fichier départemental*. Le dépistage et la constitution de ce Fichier ont un double but :

— *connaître chacun des inadaptés* scolaires afin de lui assurer la scolarité convenant à ces besoins ;

— *établir des statistiques* précises sur les effectifs des différentes catégories d'élèves inadaptés recevant ou devant recevoir un enseignement spécial, afin d'estimer les besoins en équipements nécessaires pour assurer la scolarisation de ces élèves.

Le recensement concerne *tous les enfants soumis à l'obligation scolaire* ou qui fréquentent les écoles maternelles et les classes enfantines. Il porte sur tous les élèves qui présentent une inadaptation scolaire quelle qu'elle soit : déficience mentale ou physique, insuffisance grave du milieu familial.

Il intéresse également :

— *les élèves handicapés* — moteurs ou sensoriels notamment — qui, ayant surmonté leur handicap, peuvent sembler adaptés à la scolarité normale mais qui doivent être connus et recensés en raison de leur surveillance particulière ou des mesures appropriées nécessitées par leur état ;

— *les enfants éprouvant des difficultés scolaires d'origines diverses*, justifiant un enseignement d'appoint ou d'adaptation.

L'organisation du dépistage suppose que soit précisé par qui et comment seront signalés les cas d'inadaptation constatés chez les élèves.

Les cas d'inadaptation scolaire pourront être relevés, éventuellement sur la demande des parents :

— soit par les *Maîtres*, vivant en contact permanent avec leurs élèves, qui peuvent s'apercevoir très tôt des cas d'inadaptation ;

— soit par les *Psychologues scolaires*, chargées d'évaluer les déficits ou retards qui leur sont signalés ; les *Instituteurs spécialisés* pouvant d'ailleurs apporter une utile contribution dans ce domaine ;

— soit par les *Médecins* de la Santé Publique chargés du *Service de Santé scolaire* qui, à l'occasion des examens médicaux scolaires, peuvent déceler des cas d'inadaptation, préciser la réalité des handicaps et déficiences.

Une étroite collaboration doit s'instaurer entre chacune de ces personnes, avec le concours des *Assistentes sociales scolaires*.

Au début de l'année scolaire, des imprimés seront adressés aux chefs d'établissements, qui inscriront le nom des élèves qui paraissent présenter un cas d'inadaptation. Ces dossiers comprendront :

— les feuillets spéciaux : feuillet médical, feuillet social, feuillet pédagogique ;

— les résultats des examens psychologiques et des examens complémentaires qui auront pu être demandés ;

— le feuillet de synthèse est rempli en commun par tous les responsables du dépistage et chacun pour sa propre compétence. Les divers feuillets sont rassemblés par le chef d'établissement scolaire qui adresse le dossier au président de la Commission médico-pédagogique compétente.

LES COMMISSIONS MÉDICO-PÉDAGOGIQUES.

Les Commissions médico-pédagogiques sont chargées de « déterminer quels enfants ne peuvent être admis ou maintenus dans les classes normales publiques et, parmi eux, ceux qui peu-

vent être reçus dans une classe ou une école spéciale ». De plus, elles « définissent la nature des enseignements d'adaptation proposés pour remédier aux difficultés qu'elles constatent ».

La Commission médico-pédagogique de circonscription, présidée par M. l'Inspecteur Primaire, est compétente pour les élèves relevant de l'Inspection Primaire et pour conseiller un placement dans les écoles spéciales de la circonscription. Elle envoie à la Commission médico-pédagogique départementale les fiches des élèves inadaptés qu'elle a établies.

La Commission médico-pédagogique départementale, dont la mise en place définitive à Dijon est en bonne voie, est compétente pour tous les cas qui ne relèvent pas de l'Inspection Primaire — enseignement du second degré, enseignement privé — et pour ceux que les Commissions médico-pédagogiques de circonscription n'auront pu résoudre. Elle centralise, en outre, le Fichier départemental. Elle a également pour mission d'harmoniser les travaux des Commissions de circonscription.

Une collaboration étroite s'avérant indispensable, au niveau départemental, entre tous les organismes dont l'action s'exerce au profit d'enfants inadaptés, les Commissions médico-pédagogiques devront établir, dans tous les cas où elles seront nécessaires, les *liaisons* qui permettront aux services intéressés et principalement la Direction de l'Action sanitaire et sociale, d'apporter leur contribution à la solution des problèmes posés.

Il y a donc lieu d'envisager *plusieurs temps dans le dépistage des inadaptés*. Le premier stade revient à ceux des Médecins qui sont le plus près des familles et auprès desquels celles-ci iront le plus volontiers consulter : Médecins de famille et Pédiatres, consultations hospitalières de pédiatrie et, dans une moindre mesure peut-être, consultations de P.M.I. Dans ce drame humain qu'est la révélation à des parents, d'un handicap définitif chez un être de « leur sang », les premiers rapports des protagonistes laissent des traces indélébiles et conditionnent, pour une grande part, la façon dont le drame sera assumé. Trop souvent, le Corps Médical avait considéré qu'en présence d'un tel handicap, « il n'y avait rien à faire » : l'expérience semble, au contraire, prouver que la rééducation, quel que soit le niveau de l'enfant, permet d'escompter, dans la plupart des cas, des progrès dont on ignore d'ailleurs jusqu'où ils iront et à quel niveau d'autonomie relative ils permettront d'accéder.

Le dépistage à l'école a une importance tout aussi considérable. Maîtres et Médecins scolaires ont un rôle lourd et délicat. La psychologie scolaire permettra de ne pas limiter cette détection à la seule recherche de handicaps physiques plus ou moins patents ou à la prophylaxie de certaines affections organiques. Le dépistage s'étendant aux enfants d'âge pré-scolaire, à la maternelle, ne paraît plus utopique, tandis que la réforme de l'Enseignement, qui stipule une orientation peut-être un peu hâtive, donne toute sa valeur à un bilan médico-psycho-pédagogique de chaque élève.

Ce dépistage, enfin, s'effectuera *en dehors du milieu familial et scolaire*, dans le milieu de travail pour certains : ce qui souligne le rôle du Médecin du travail et du Médecin Inspecteur du travail, à l'égard des adolescents ; au sein d'organismes de loisirs, et surtout dans la rue, par les services de Prévention, de la Brigade des Mineurs et de la Gendarmerie.

Dans tous les cas, le dépistage aboutira à l'étape suivante qui est celle du diagnostic. Dès lors, et suivant le cas, des mesures allant des simples conseils éducatifs ou pédagogiques à celles d'orientation, de traitement et de placements seront préconisées.

2 — Prophylaxie et Prévention

La connaissance de la réalité de l'Inadaptation devrait aboutir, en tout premier lieu, à la prophylaxie et à la prévention. Celle-ci s'applique à des *situations risquant d'entraîner une inadaptation* : le « Service Social de Prévention » est un exemple de ce qui est entrepris dans ce domaine en Côte-d'Or. A la prophylaxie, contribuent le « Club de Prévention » de Chenôve près de Dijon, les Maisons de Jeunes et de la Culture et les futurs Centres sociaux, les Associations familiales et l'Ecole des Parents.

Le Service social de prévention

En juillet 1960, était créé, à Dijon, un Service de Prévention, conformément aux directives du décret du 7 janvier 1959. Ce Service, qui a pour but d'exercer une *action sociale préventive auprès des familles*, fonctionne avec la présence régulière de

trois Assistantes sociales, l'une d'elles étant, en outre, chargée de la protection des « mineurs en danger moral ». Cependant, il n'a pas encore été donné suite au vœu formulé, quant au recrutement d'une Assistante supplémentaire et d'un Educateur qui serait chargé plus particulièrement des adolescents difficiles et des chefs de famille très opposants.

En 1964, une *augmentation de près de 10 % de cas signalés* a été enregistrée, par rapport à l'année précédente. Les placements d'enfants ont également été plus nombreux qu'au cours de l'année 1963, bien qu'un plus grand nombre de familles aient été suivies au titre de l'Assistance Educative Préventive.

En un an, du 1^{er} janvier 1964 au 31 décembre 1964, l'origine des signalements a été la suivante :

I. — SERVICES SOCIAUX :

— Service social de Secteur	40
(rural, Caisses d'Allocations Familiales, Sécurité Sociale)	
— Dispensaire d'Hygiène sociale	20
— Hygiène scolaire	1
— Autres Services sociaux	8

II. — AUTORITÉS JUDICIAIRES :

— Juge des Enfants :	
— cas transmis	0
— avis d'ouverture de procédure	181
— Parquet	9
— Gendarmerie	10
— Brigade des mineurs	1

III. — AUTORITÉS ADMINISTRATIVES :

— Préfets, Sous-Préfets, Maires et Conseillers municipaux et autres fonctionnaires	6
— Directions de l'Action sanitaire et sociale d'autres départements	2

IV. — FONCTIONNAIRES DU SERVICE DE LA DIRECTION DÉPARTEMENTALE DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE DE LA CÔTE-D'OR :

— Inspecteurs, contrôleurs, chefs de bureau, service des allocations mensuelles	30
---	----

V. — MEMBRES DE L'ENSEIGNEMENT (PUBLIC ET PRIVÉ)

5

VI. — ŒUVRES DIVERSES

6

VII. — PARTICULIERS

31

Sur ces données, il est possible de formuler quelques constatations :

— l'importance du rôle de dépistage du *Service social de secteur et du Dispensaire d'Hygiène sociale* ;

— le plus grand nombre des enfants pour lesquels des mesures de prévention sont à envisager, sont adressés par le *Juge des Enfants*, pour avis d'ouverture de procédure ;

— à l'inverse, le faible effectif adressé par la Brigade des Mineurs s'explique par le fait qu'elle assure elle-même une certaine action éducative, ce que ne peut réaliser la Gendarmerie ;

— le nombre relativement élevé de sujets signalés par les Directions de l'Action sanitaire et sociale des autres départements et, surtout, *ceux signalés par des particuliers* : ce qui rend compte d'une certaine prise de conscience par le public de l'intérêt d'une action préventive précoce.

En dehors des visites et des démarches, 103 enquêtes ont été effectuées tant à Dijon que dans le département, à la suite desquelles 117 enfants, parmi lesquels sont inclus les mineurs en danger moral, ont été pris en charge comme recueillis temporaires.

D'autre part, 35 enfants ont été confiés au Service d'Aide Sociale à l'Enfance par ordonnance du Juge des Enfants, à la suite d'affaires transmises par le Service de Prévention.

126 familles ont été suivies au titre de l'Assistance Educative préventive, soit 22 familles de plus que l'année précédente, avec 507 enfants qui se trouvent ainsi surveillés. 13 familles seulement et toutes résidant à Dijon ont pu bénéficier des Services de la travailleuse familiale.

Le Service assume, en outre, un important travail de liaison entre les enfants qui font l'objet d'un placement temporaire et leur famille. De plus, les enfants sont visités pendant leur séjour chez leurs parents.

Par ailleurs, *l'action en faveur des mineurs en danger moral* s'est poursuivie :

— 26 cas ont nécessité l'intervention de l'Assistante sociale spécialisée sur l'ensemble du département et ont donné lieu à une surveillance des mineurs dans leurs familles, à des placements en établissement spécialisé ou à une transmission au

Parquet, par suite de l'opposition des familles à toute mesure dans le cadre de la Prévention et en raison de la gravité des faits reprochés ;

— 8 mineurs ont été surveillés dans leur milieu familial ;

— 16 mineurs ont fait l'objet de placement en établissement spécialisé, en accord avec les familles.

Cette activité, qui demeure située dans la perspective de la prévention, ne peut rester que secondaire tant que l'Assistante sociale recrutée en exécution de l'ordonnance du 25 novembre 1960 ne se consacrera pas entièrement à cette tâche, ce qui suppose la mise en place d'un *Service ayant son organisation matérielle et ses moyens d'action propres*.

Enfin, pour terminer, il convient de souligner que, si les relations avec le Président du Tribunal pour Enfants sont satisfaisantes, celles qui se nouent avec les divers Services sociaux restent encore assez difficiles : ces Services ne semblant parfois pas concevoir très exactement l'objectif du Service de Prévention.

Le Club de prévention de Chenove

Il est essentiel d'offrir aux *jeunes en danger* qui en ont plus besoin que d'autres, parce qu'ils n'ont pas la compensation d'une famille normale, les loisirs qui les empêcheront de s'orienter vers une inadaptation sociale le plus souvent à forme de vagabondage ou de délinquance.

Impossible de penser pour eux aux activités habituelles qu'on propose aux jeunes ayant une famille capable de les aider normalement.

Il ne faut pas perdre de vue, dans l'action à mener, un certain nombre de principes essentiels :

— Les formules habituelles — qui peuvent d'ailleurs exister dans le quartier — n'ont pas convenu aux jeunes qu'il faut toucher et ils ont été incapables de s'y insérer. Il ne faut pas les leur imposer et les *loisirs* à prévoir pour eux doivent être étudiés *à leur mesure* et compte tenu de ce qu'ils sont.

— Mais, en même temps, il ne faut pas oublier que ces jeunes doivent être bien souvent *réconciliés avec l'environnement*. Donc, veiller à ne pas les maintenir trop longtemps

dans des formules exceptionnelles, mais essayer au contraire de les amener à chercher dans les formules existantes — sociétés sportives, clubs, mouvements de jeunesse divers — *celles qui peuvent leur convenir*. C'est le début de la réadaptation sociale.

— Enfin, il est nécessaire *d'intéresser l'environnement* à l'expérience menée et à sa réussite. Il est donc difficile de séparer l'action sur le jeune de l'action sur sa famille, qui, en retour, bénéficie ensuite au jeune. Il s'agit de « faire le pont entre des individus et des groupes sociaux vivant en marge, et des structures sociales qu'ils n'ont pas su ou pas voulu utiliser ».

Ces idées et ces points de vue ont été ceux des promoteurs du *Club de Prévention*, situé à Chenôve, près de Dijon.

Ce Club a été fréquenté, en 1963, par 200 garçons et filles environ, dont les garçons du Foyer de semi-liberté du Mas d'Azil. Les principes auxquels on s'est référé, quant à son organisation matérielle, l'animation des groupes de jeunes, la création de nouvelles possibilités de jeux et de loisirs, s'apparentent à ceux du fonctionnement des Maisons de Jeunes et de la Culture : ce sont *les adhérents eux-mêmes qui assument les responsabilités* d'organiseurs des activités ludiques et culturelles. C'est ainsi qu'un ciné-club s'est formé ; des sorties de ski ont été proposées en hiver, et des soirées dansantes ont occupé certains après-midi. Mais, actuellement, les moyens matériels, c'est-à-dire financiers, font gravement défaut, et ce n'est pas la bonne volonté et la compétence d'un seul Educateur qui peuvent résoudre le problème et assurer la bonne marche du Club et son extension. En effet, celle-ci est à envisager sans délai, étant donné la croissance rapide de la « Zone à Urbaniser en Priorité » de Chenôve, laquelle abritera, dans les prochaines années, plusieurs dizaines de milliers d'habitants. Toutefois, le principe même des subventions d'Etat ou de collectivités locales n'est pas sans conséquence pour de tels organismes de prévention dont l'autonomie leur permet toute la souplesse désirable pour l'action entreprise dans le milieu si spécial auquel elle s'adresse. Enfin, il ne serait pas inutile de concevoir un Club plus spécialement réservé aux *enfants de moins de 14 ans*, ce qui nécessiterait encore un personnel proportionnellement plus nombreux que pour les adolescents. Un second Club de Prévention serait créé prochainement dans le quartier Debussy-Greuze de Dijon.

Maisons de jeunes et de la culture — Centres sociaux

Il est établi que beaucoup de jeunes inadaptés, et sans doute la majorité des jeunes délinquants, émanent de milieux dans lesquels causes et effets de l'inadaptation s'enchevêtrent étroitement.

Il existe des *secteurs déterminés* où les inadaptés sociaux se groupent, vivent et se maintiennent ; et les mesures diverses d'assistance, de sécurité sociale, de prophylaxie administrative, judiciaire et pénale ne remédient pas toujours ou que faiblement à la situation. Aussi faut-il se féliciter de la création de Maisons de Jeunes et de la Culture, comme il en existe une à Dijon, rue Castelneau, dans le quartier des Grésilles, et une autre, chemin des Valendons, dans le quartier des Bourroches. D'autre part, et dans cette même zone urbaine, le Conseil d'administration de la Caisse d'Allocations Familiales de la Côte-d'Or fait construire actuellement un *Centre social* qui sera la *première réalisation du genre dans le département*. Deux Centres provisoires fonctionnaient jusqu'alors : l'un à Chenôve, l'autre aux Grésilles. Dès à présent, un certain nombre de services avaient été mis à la disposition du public et, en particulier : une permanence sociale, une consultation de nourrissons, une permanence de P.M.I., une démonstration de puériculture, une garderie d'enfants inadaptés. Des activités socio-culturelles sont également offertes : bibliothèque et chorale pour enfants et adultes, cours de danse, ateliers de vacances. Pour l'avenir, sont prévus : une garderie permanente d'enfants, des ateliers de bricolage, d'imprimerie, de photographie, un ciné-club et une salle de réunions. Dans le courant 1966, les quartiers Bourroches-Greuze doivent être dotés de Centres sociaux dont les équipes de techniciens vont être rapidement mises en place.

L'information : premier élément de la prévention

Sur un plan plus général, la prévention de l'Inadaptation exige, évidemment, *un effort d'information* de tous ceux qui, à un titre quelconque, ont vocation de s'occuper d'enfants normaux ou handicapés, véritable action éducative populaire, de propagande éducative, qui doit s'exercer à tous les échelons.

A l'échelon familial d'abord : brochures de vulgarisation, guides pour jeunes parents ou pour parents d'infirmes ou déficients, abonnement à des revues où ils pourront trouver des solutions à leurs difficultés. A côté du rôle, dans cette action, des divers responsables du dépistage, soulignons celui de la Caisse d'Allocations Familiales, des Associations familiales et des *Associations de parents*, notamment de parents d'élèves, de l'Association Départementale des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés (A.D.A.P.E.I.), celui, enfin, de l'Ecole des Parents. A ce sujet, les Associations de parents d'élèves des Groupes scolaires de Dijon ont, au cours de l'année scolaire 1965-1966, organisé plusieurs conférences ayant pour thème, par exemple, la psychologie scolaire et l'inadaptation scolaire, l'orientation scolaire et professionnelle, l'enseignement religieux des inadaptés, l'enfant face à la Télévision, etc...

Dans un secteur plus large, il s'agira de faire prendre conscience de l'ampleur des problèmes qui se posent et des possibilités offertes à un public plus averti : Médecins, Assistantes sociales, Instituteurs, Magistrats, Educateurs, mais aussi Elus municipaux, Administrateurs de Caisses de Sécurité Sociale ou d'Allocations Familiales, responsables de mouvements de jeunesse et d'Associations familiales, Parlementaires... notamment par la divulgation de brochures et revues plus spécialisées, la projection de films, des conférences.

C'est étayée par cette action individuelle — familiale — et collective, — assemblées locales et responsables — qu'une information plus large du « grand public », par exemple à l'occasion de congrès, de campagnes de collectes ou de presse, aura toutes les chances de porter ses fruits.

LES CONSULTATIONS MEDICALES SPECIALISEES

Dans tous les cas, le dépistage aura abouti, ou bien à de simples mesures d'ordre éducatif, pédagogique ou thérapeutique destinées à éviter l'inadaptation, ou bien il aura constaté cette dernière et l'enfant devra être orienté alors vers un organisme susceptible d'établir un bilan plus complet. Il ne s'agit plus, en effet, à ce stade, de constater une infirmité ou une déficience, mais de faire le *bilan de l'inadaptation* elle-même, où de multiples facteurs interfèrent. Ce sera, en particulier, le cas de tous les débiles mentaux, des handicapés scolaires et de ces cas dits « sociaux », chaque fois qu'ils peuvent être considérés comme des inadaptés ; ce sera, également, le cas des handicapés physiques, sensoriels ou moteurs, dès lors qu'ils posent un problème d'hygiène mentale prévalant.

Chaque fois, en effet, que le problème dépasse le cadre d'une simple action locale éducative, ou encore doit faire intervenir un organisme de décision, un bilan médico-psycho-pédagogique et social complet est nécessaire, que seule peut mener à bien une *équipe cohérente des divers techniciens* intéressés, et où le rôle du Psychiatre apparaît prépondérant. Encore faut-il que cette équipe travaille *en coordination* étroite, et non en concurrence, avec les autres secteurs éventuels de dépistage, de diagnostic ou de traitement, et sans préjudice des prérogatives des organismes de décision.

C'est dans cet esprit que nous étudierons successivement la Consultation de Neuropsychiatrie Infantile du Centre Hospitalier Régional de Dijon, les Consultations d'Hygiène Mentale de Dispensaire et la Consultation Médico-psychologique de la S.N.C.F.

La Consultation de neuro-psychiatrie infantile du C.H.R. de Dijon

Nous nous inspirerons largement pour cette étude du travail d'une de nos consœurs qui a consacré sa Thèse au bilan d'une année de fonctionnement de la Consultation de Neuro-psychiatrie Infantile du C.H.R. (2).

Cette Consultation de Neuropsychiatrie Infantile a lieu, sans prise de rendez-vous, une fois par semaine, le matin, dans le Service de Neurologie du Centre Hospitalier Régional de Dijon. La disposition des locaux n'a pas permis de réserver une salle spécialement préparée à recevoir les enfants. La consultation elle-même est assurée par le Médecin-Chef du Service ou son adjoint, neuropsychiatres. Internes, externes et étudiants sont présents ainsi que, mais plus irrégulièrement, des Médecins généralistes, des Assistantes sociales, des élèves infirmières, des Educateurs.

L'enquête sociale est réalisée, de façon systématique, le plus souvent à l'hôpital même, pour tout enfant amené pour la première fois. Mais le nombre trop restreint d'Assistantes sociales limite l'intérêt de cette enquête qui est toujours réalisée sur le même schéma, donc de façon stéréotypée. Il est évident qu'une enquête à domicile permettrait d'obtenir des renseignements plus précis sur l'ambiance familiale et d'apprécier les conditions de l'habitat. Mais il faudrait envisager, alors, que la consultation se fasse sur rendez-vous.

L'examen de l'enfant est précédé d'un *entretien avec les parents*, et c'est généralement la mère seule qui est présente : certains aspects familiaux de la situation peuvent ainsi passer inaperçus. L'entretien avec l'enfant est réalisé, sans la présence des parents, par le Médecin assurant la consultation, puis, éventuellement, par un assistant pour une meilleure mise en confiance ; il s'agit, alors, d'un dialogue en tête à tête, sans public, parfois favorisé par le jeu ou le dessin.

L'examen clinique est très fréquemment complété par des investigations paracliniques : examens radiographiques, sensoriels, électro-encéphalographiques. Parmi les examens psycho-

(2) M^{me} C. LEVI-CHEBAT. — La Consultation de Neuropsychiatrie Infantile. *Thèse*, Lyon 1966. Bilan d'un an d'activité dans un Service Hospitalier.

logiques, les tests de niveau intellectuel sont très fréquemment demandés afin de s'assurer de la suffisance des aptitudes intellectuelles pour envisager une étiologie pédagogique à des difficultés scolaires. Les tests projectifs viennent compléter ces investigations dans tous les cas où sont constatées des inhibitions d'origine affective. Ces tests projectifs et de niveau sont réalisés par deux Psychologues, dont une seule travaille à temps plein à l'hôpital et l'autre ne fait habituellement qu'une ou deux vacations par semaine ; compte tenu que de telles investigations exigent une longue patience, les rendez-vous doivent être donnés pour une échéance de six à huit semaines.

L'absence de lits d'hospitalisation exige, par ailleurs, que tous les enfants soient examinés au cours de la consultation et les décisions prises aussitôt : une mise en observation n'est pas possible.

Au terme de la consultation, les parents sont introduits à nouveau auprès du Médecin qui tente de leur apporter quelques conseils thérapeutiques.

Certains enfants relèvent manifestement d'un *traitement médicamenteux*. D'autres d'une *rééducation spécialisée* justifiée par des troubles précis : dyslexie, dysorthographe, notamment. Ces enfants sont orientés vers des éducateurs spécialisés qui exercent soit à titre privé, soit dans le cadre du Centre Psycho-Médico-Pédagogique de l'Académie de Dijon. Si les troubles sont d'origine affective et éducative, une véritable *confrontation parents-enfant* avec essai de dédramatisation sera tentée. Ce n'est que dans des cas assez exceptionnels que seront proposées des mesures de placements, soit en Internat, soit dans un Foyer d'accueil. Enfin, certains enfants seront pris en charge à titre psychothérapique par un des Médecins du Service. Ces *psychothérapies* seront assurées selon un rythme variable, mais il s'agit toujours de psychothérapies courtes destinées à dissiper une situation conflictuelle passagère.

Au cours de l'année 1965, 363 enfants ont été examinés à l'occasion de 48 séances, soit une moyenne de 8 enfants par consultation ; le rythme scolaire semble conditionner le rythme des consultations. Parmi les 363 enfants examinés, on retrouve 227 garçons et 136 filles. La courbe d'âge met en évidence deux clochers de fréquentation : à 9 et 15 ans.

La Consultation hospitalière de Neuropsychiatrie Infantile du C.H.R. de Dijon fonctionne *sur le plan régional*. Cependant le recrutement a une prédominance locale, et près de la moitié des enfants (72 sur 153) est originaire de Dijon même. Il semble donc que les jeunes ruraux sont simplement privés du bénéfice d'une consultation psychiatrique : c'est souvent la création d'une consultation qui règle les besoins d'une région. Réciproquement, ceux-ci semblent augmenter d'importance ou tout au moins se révéler plus volontiers du fait de la création d'organismes capables d'y répondre.

Pour 117 enfants, dont on connaît l'origine, on retrouve les données suivantes :

— 53 sont envoyés par des Médecins. Parmi eux, on relève 17 enfants adressés par des Pédiatres de l'hôpital ;

— 17 familles sont venues sur les conseils d'une Assistante sociale ou d'un Educateur ;

— 16 ont été orientés par l'école ;

— 21 sont venus, adressés par des organismes très divers :

Direction de l'Action Sanitaire et Sociale, Centre Psycho-Médico-Pédagogique, Service d'Action Educative.

— 10 familles, seulement, sont venues consulter de leur propre initiative.

La majorité des parents amène donc leur enfant sur les conseils d'une tierce personne.

On retrouve là le rôle si important, en matière d'hygiène mentale, de toute la catégorie des travailleurs sociaux.

Si l'on reprend le cas des 164 enfants venus pour la première fois en consultation au cours de l'année 1965, on relève les motifs suivants :

— Troubles du comportement à la maison et à l'école	61
— Troubles de l'efficiencia scolaire	49
— Pertes de connaissance avec ou sans crises convulsives ..	23
— Troubles du développement moteur	11
— Retard de langage	7
— Bégaiement	6
— Troubles sensoriels	3
— Enurésie isolée	2
— Séquelles de traumatisme crânien	2

On retrouve donc ici l'incidence très importante des *troubles scolaires*. Et l'instituteur joue là un rôle de premier triage, mis en valeur dans le chapitre précédent. Ce mauvais résultat scolaire peut relever d'étiologies très diverses et, seul, l'examen neuropsychiatrique approfondi permettra de découvrir la cause réelle des difficultés d'un enfant que l'on appelle « paresseux ». Cependant, *l'aspect strictement neurologique* de la consultation demeure important.

Il est intéressant de noter que sur 164 enfants examinés, 72 se trouvent dans une *situation familiale anormale*. Il faut entendre ce terme dans un sens large, comprenant aussi bien les familles dissociées par le divorce ou le décès d'un des parents, que les familles où règne la mésentente ou, encore, les cas où le père est souvent absent du fait de son activité professionnelle.

Il est évident qu'une consultation hospitalière de ce type, étant donné les limites de ses moyens, l'insuffisance numérique de son personnel et les impératifs imposés par le manque de temps, réalise surtout un simple « débrouillage » ; elle rappelle, à cet égard, la consultation du généraliste où les enfants sont amenés pour des *troubles extrêmement variés*. C'est pourquoi un triage préalable s'avérerait particulièrement utile, à condition qu'il débouche sur une *spécialisation des consultations*. L'intrication, au sein d'une même consultation, d'enfants suivis régulièrement depuis plus ou moins longtemps, amène souvent un certain encombrement. Il sera peut-être possible, ultérieurement, sinon de faire une consultation sur rendez-vous, du moins de limiter le nombre des nouveaux dont le cas doit être débrouillé et qui, évidemment, exigent plus de temps. C'est dans la même optique qu'est actuellement envisagée la création d'une *consultation particulière pour enfants épileptiques*. Cette consultation pourra être assurée par le Médecin du laboratoire d'électro-encéphalographie rattaché au Service.

L'absence totale de lits d'hospitalisation de neuropsychiatrie infantile rend impossible, actuellement, une observation prolongée. L'admission des enfants dans les services d'adultes se heurte naturellement à des difficultés importantes. L'observation de ces enfants dans les services de pédiatrie demeure, de même très aléatoire.

Seule la *création d'un Service de Neuropsychiatrie Infantile* permettra, dans l'avenir, de prolonger l'efficacité et l'intérêt de

la consultation. Il sera certainement nécessaire de disposer de locaux particuliers qui ne doivent pas être confondus avec ceux des adultes.

Par ailleurs, l'augmentation du personnel médical permettrait peut-être de dédoubler cette consultation qui s'avère pléthorique. Il faut regretter, là comme ailleurs, l'absence de *Psychothérapeutes* formés et compétents en matière de neuro-psychiatrie infantile.

Au sujet du personnel encore, la présence d'étudiants, qu'il s'agisse d'étudiants en Médecine, d'élèves infirmières ou d'éducateurs, pose un problème assez difficile à résoudre, dans un milieu hospitalier qui doit être un moyen d'enseignement : car si, d'une part, ils perturbent quelque peu, malgré leur passivité, la bonne marche de la consultation en stérilisant par exemple le dialogue enfant-médecin, ils ont en revanche la possibilité de prendre conscience, concrètement, des facteurs médicaux, psychologiques et pédagogiques de l'inadaptation.

La consultation hospitalière demeurant souvent succincte et rapide, il est parfois nécessaire d'envisager *des investigations plus approfondies*. Celles-ci sont réalisées au sein d'organismes divers, orientés plus spécialement vers tel ou tel trouble. C'est ainsi que de fructueuses relations sont établies soit avec le Juge des Enfants et les Assistantes sociales du Tribunal, soit encore avec divers Etablissements s'occupant de l'enfance en danger.

De même, *les relations* sont très étroites avec le Centre Psycho-Médico-Pédagogique de l'Académie de Dijon. Le Directeur Médical de ce Centre est d'ailleurs lui-même Médecin dans le Service hospitalier. Les échanges sont nombreux dans les deux sens : le Centre adresse à l'hôpital les cas qui paraissent les plus urgents et qui revêtent une allure franchement psychiatrique ; en retour, la consultation oriente vers le Centre les cas qui relèvent manifestement d'une inadaptation scolaire.

Enfin, toujours dans ce même domaine des relations avec d'autres organismes ou services s'intéressant à l'enfance inadaptée, il apparaît qu'une collaboration et surtout une coordination plus étroites entre la consultation de neuropsychiatrie infantile du C.H.R. et les autres consultations médico-psychologiques permettraient d'éviter que le même enfant soit examiné successivement par deux ou plusieurs services. Ceci se vérifie, en particulier, pour la consultation de l'hôpital d'une part, et

la consultation d'orientation éducative d'autre part : en ce qui concerne la première, c'est la famille qui prend l'initiative d'y amener l'enfant et la seconde a lieu à la demande du Juge ; il y a là une espèce de « double emploi » qui porte préjudice à chacun et qui, semble-t-il, pourrait, assez facilement, être évité.

Quoi qu'il en soit, une telle consultation conserve un intérêt considérable. Elle joue un rôle non négligeable d'*orientation* et de *triage*. Elle permet aussi de résoudre les cas les plus simples de façon satisfaisante.

La Consultation d'hygiène mentale

LA SECTORISATION DE L'ASSISTANCE AUX INADAPTÉS.

Créée en novembre 1939, la Consultation d'Hygiène Mentale du Dispensaire d'Hygiène Sociale fonctionne actuellement deux jours par semaine, rue Audra, à Dijon. Cependant, une fois par mois, ont lieu d'autres consultations décentralisées à Beaune, Châtillon-sur-Seine et Semur.

Il s'agit d'une *consultation neuropsychiatrique* ouverte à tous les enfants de la région dijonnaise, quelle que soit la forme de leur inadaptation : scolaire, familiale ou sociale. Elle effectue plus un rôle de *triage* et de *pré-orientation* que celui d'élaboration précise d'un diagnostic et de prise de décisions thérapeutiques. Mais la grave pénurie de personnel spécialisé et les conditions matérielles très insuffisantes dans lesquelles travaillent les différents membres de l'équipe médico-psychologique et sociale, rendent très difficile l'appréciation des résultats obtenus.

Les locaux, dont la vétusté atteint les limites de la sécurité, devraient être transférés, dans un avenir qu'il faut souhaiter proche, dans un immeuble plus conforme aux exigences de l'exercice médical. Nous dirons seulement qu'il n'existe même pas de salle d'examen médical digne de ce nom, ni de salle où la Psychologue et l'Assistante sociale seraient en mesure d'élaborer, au calme et loin du bruit des machines à écrire, leur enquête socio-familiale et leurs investigations psychologiques.

La pénurie de personnel n'est pas moins préoccupante : si trois Médecins assurent bien les consultations extérieures à Dijon et un quatrième Psychiatre celle de la rue Audra, on ne dénombre que deux Assistantes sociales pour l'ensemble du département et une seule Psychologue. Aucun des membres de l'équipe n'a reçu de formation spéciale pour tenter des séances de psychothérapie. D'ailleurs, le manque de temps ne permet pas d'envisager, pour le moment, une telle action dont beaucoup d'enfants et d'adolescents pourraient cependant bénéficier.

L'organisation et le fonctionnement de cette consultation se caractérisent par le fait qu'elle a lieu généralement en deux temps : le premier consiste à réunir tous les éléments nécessaires à une meilleure connaissance de l'enfant et de sa famille, le second temps est représenté par la consultation proprement dite.

La consultation a lieu sur rendez-vous, après accord entre la famille et l'Assistante sociale. L'enfant, accompagné de ses parents, est alors convoqué un jeudi pour un entretien avec la Psychologue qui lui fait passer des tests de niveau intellectuel, l'enquête socio-familiale étant établie par l'Assistante sociale.

Puis l'enfant et sa famille sont convoqués, dans le courant du mois, à la consultation proprement dite. A celle-ci, assistent le Médecin neuropsychiatre, la Psychologue, l'Assistante sociale : celle-ci présente le cas, la situation familiale et sociale de l'enfant, les motifs de la consultation ; la Psychologue peut préciser les conclusions de ses investigations antérieures. En connaissance de ces éléments, le Médecin fait entrer l'enfant seul et réalise un *examen médical systématique* précédé, éventuellement, d'un complément d'interrogatoire sur l'anamnèse et les difficultés déjà signalées. L'examen porte plus précisément sur le bilan morphologique, sensoriel et, surtout, psychomoteur, la latéralité. A l'issue de cet examen, et après avoir fait retirer l'enfant, *les parents* sont priés de s'entretenir, seuls, avec le Médecin et exposent leur point de vue. Bien souvent, si à la première consultation, les deux parents ou la mère sont présents, ce sera le père qui reviendra lors des convocations ultérieures. Pour chaque consultant, une véritable petite *réunion de synthèse* permet de confronter les observations et remarques de chacun des membres de l'équipe. Pour certains enfants, des

tests projectifs, une Consultation d'Orientation Educative, un passage au Centre d'orientation professionnelle ou encore un bilan complet, réalisé au Centre Psycho-Médico-Pédagogique, seront demandés. *Les possibilités thérapeutiques* vont des simples conseils éducatifs aux mesures de placements en I.M.P., Instituts Médico-Professionnels, classes de perfectionnement, Centre d'Observation... En aucun cas, un traitement médicamenteux n'est prescrit.

A l'*Assistante sociale* sera alors confiée une tâche particulièrement délicate. C'est elle qui, en se rendant à domicile, s'assure de l'interprétation correcte et de *l'exécution des conseils pédagogiques et éducatifs*. Ces visites lui permettent également de *surveiller* discrètement l'évolution du comportement de l'enfant et l'acceptation des directives thérapeutiques ; elles sont l'occasion de prendre connaissance de l'état des relations affectives entre les membres de la famille, des rapports avec le voisinage, le milieu scolaire ou professionnel. Dans tous les cas, ces visites à domicile des Assistantes sont le seul moyen qu'ait le Médecin pour juger de l'efficacité de ses décisions. C'est pourquoi il faut regretter que ces Assistantes soient si peu nombreuses, compte tenu de la tâche écrasante qui leur incombe : ce qui explique la faible fréquence de leurs visites chez les familles intéressées, une par trimestre en général.

Les conclusions auxquelles ont abouti les membres de l'équipe chargée de la consultation et les propositions thérapeutiques qui ont été communiquées à la famille, sont mises à la connaissance du Médecin traitant. Outre les conseils pédagogiques et éducatifs qui s'adressent aux sujets dont l'inadaptation est récente ou dont les troubles sont discrets, des propositions de placements en Etablissements spécialisés sont présentées à la famille. Dans ce cas, les démarches sont alors entreprises, mais il faut bien admettre que les places disponibles, trop peu nombreuses, obligent souvent à reporter d'une ou plusieurs années la date d'admission. Cet état de fait est très préjudiciable à beaucoup d'enfants qui ont alors le temps de *s'installer dans leur inadaptation*, de structurer leurs troubles et d'être peu à peu rebelles à toute tentative de rééducation.

Au cours de l'année 1964, l'activité des dispensaires d'Hygiène Mentale a été la suivante :

	Dijon		Beaune	Châtillon	Semur
	1964	1965	1964	1964	1964
Total des consultants	452	417	86	49	53
Total des consultants nouveaux	301	264	48	34	34
Placements réalisés :					
— en I.M.P. (moins de 14 ans)	47	33	4	2	5
— en I.M.Pro (plus de 14 ans)	19	11	6	0	0
— en classes de perfectionnement	6	8	13	2	3
— en Centre d'Observation ..	3	7	2	0	0
— en clinique de Neuropsychiatrie	0	0	0	0	0
Placements non réalisés faute de places disponibles ou d'Etablissements					
	161	152	7	16	17
Placements effectués en dehors du département :					
— garçons	17	14	2	0	1
— filles	24	15	5	1	2

L'étude de ce tableau amène à formuler quelques réflexions :

— Tout d'abord, si les placements en I.M.P. sont relativement nombreux, *ceux en I.M.Pro sont très faibles* : cela tient surtout à la rareté de ces établissements. Mais il est évident aussi que, par un meilleur dépistage, on s'efforcera toujours de détecter le plus tôt possible, c'est-à-dire avant 14 ans, les sujets inadaptés afin de les placer en I.M.P. où la rééducation a beaucoup plus de chances de succès que vers 17 ans, par exemple.

— Le faible nombre d'enfants orientés vers les classes de perfectionnement peut surprendre : mais les *inadaptés scolaires* sont examinés de préférence au Centre Psycho-Médico-Pédagogique de l'Académie de Dijon.

— L'absence de placement en clinique neuropsychiatrique s'explique par le fait qu'il est extrêmement difficile d'hospitaliser, même pour une simple observation, un enfant dans le Service de Neuropsychiatrie de l'hôpital de Dijon, en principe

réservé aux adultes. C'est souligner à nouveau *l'urgence de l'ouverture d'un Service pour enfants.*

— Les placements *non réalisés faute de places* disponibles ou d'établissements atteignent un chiffre impressionnant. Leur importance permet déjà d'affirmer, ou bien que certains ne seront jamais placés, ou bien que d'autres ne le seront que trop tard. Par ailleurs, la Côte-d'Or ne possédant pas, même en nombre limité, tous les types d'établissements, des enfants doivent être placés en dehors du département : l'absence d'un Centre d'Observation pour filles, par exemple, peut obliger à un placement éloigné.

Les relations avec les autres Organismes ou Services s'intéressant à l'enfance inadaptée sont peut-être actuellement la plus sérieuse *source de difficultés* auxquelles se heurtent les responsables de cette consultation d'Hygiène Mentale. Ce *manque presque complet de coordination* que nous avons déjà évoqué à propos de la consultation hospitalière, semble donc mériter un intérêt un peu plus marqué que celui porté jusqu'à présent. En effet, il n'est pas rare qu'un enfant, dont l'inadaptation aura été suspectée par la Psychologue scolaire puis confirmée par le Médecin scolaire, soit vu successivement à la consultation de Neuropsychiatrie de l'hôpital puis à la consultation d'Hygiène Mentale. Mais chacun des Médecins de ces deux services non avertis des consultations antérieures et des investigations spécialisées qu'elles supposent, croira examiner l'enfant pour la première fois et demandera les examens complémentaires qu'il jugera nécessaires... Jusqu'à présent, et dans les meilleurs des cas — c'est-à-dire très rarement — seules des relations verbales permettent à ces Médecins de ne pas multiplier à l'excès : bilans, investigations, enquêtes. Outre que cette multiplicité est onéreuse pour la Société, elle grossit artificiellement les effectifs des consultations, portant ainsi préjudice à la qualité de l'acte médical. Par ailleurs, il n'est pas douteux que le sujet qui passe d'une consultation à l'autre, qui est testé trop fréquemment, qui subit des électro-encéphalogrammes à répétition, *ne fera que mieux structurer* ses troubles du comportement, fixer son attention sur son handicap, le majorer, le prendre comme prétexte à tout refus de l'effort, de la rééducation, de la remise au travail.

La solution de ce problème n'est certes pas facile si l'on veut, à la fois, respecter le secret médical, le libre choix du Médecin par le sujet, et assurer une information aussi complète que possible des Médecins-Chefs de consultations sur les examens et investigations déjà pratiqués. Une utilisation plus systématique et plus rationnelle du *Carnet de Santé*, tant de la part des Médecins que de celle des malades, serait peut-être, à cet égard, *un premier élément* de la solution. La loi, faut-il le rappeler, précise la forme et l'utilisation de ce carnet où seront mentionnés obligatoirement les résultats des examens préventifs prescrits par la législation sur la Protection Sanitaire de la Famille et de l'Enfance, mais aussi « où seront notées, au fur et à mesure, toutes les consultations importantes concernant la santé de l'enfant ».

Une autre façon de résoudre cette question de la coordination inter-services serait peut-être à rechercher dans la *Sectorisation* de l'assistance aux Inadaptés. Bien que les avis soient très partagés et le nombre des Médecins psychiatres favorables égal à celui de ceux qui y sont opposés, il semble que cette éventualité mériterait, à nouveau, d'être réétudiée. Si, il y a quelques années encore, l'absence presque complète de moyens de dépistage, de diagnostic et de traitement constituait un obstacle pratiquement insurmontable, il n'en est plus tout à fait de même actuellement. Mais il conviendrait, auparavant, d'être en possession d'études statistiques assez étoffées sur les conditions géographiques, économiques et, surtout, démographiques du département. Il serait nécessaire de s'assurer que les possibilités d'hospitalisation psychiatrique pour enfants soient suffisamment nombreuses — ce qui n'est pas le cas — ; il faudrait également disposer d'un ensemble cohérent minimum de services et d'établissements chargés de cette assistance, depuis le dépistage jusqu'à la post-cure et la réinsertion sociale et professionnelle. Dès lors, il serait indispensable de s'accorder sur les critères qui justifieraient le découpage du département en secteurs urbains ou ruraux, de préciser l'emplacement des services et établissements à créer. Mais comment répartir tout ce qui existe ? Où placer ce qui va se créer ? Est-il possible d'attribuer d'office à tel ou tel établissement privé, telle clientèle et tel secteur de recrutement ? Autant de problèmes délicats pour lesquels une solution est bien difficile à trouver.

Un premier pas a peut-être été fait, sans en avoir l'intention formelle d'ailleurs, en implantant des consultations d'Hygiène Mentale dans trois localités de la Côte-d'Or, puis, dans l'avenir, en créant dans les principales agglomérations urbaines, des Centres sociaux.

Quoi qu'il en soit, la « Sectorisation » n'est point mûre ni dans les esprits, ni dans les réalisations. Si, sur le plan théorique, l'idée peut paraître séduisante, elle n'a pas fait l'unanimité et soulève des difficultés multiples : difficultés relatives à son principe même, mettant en jeu des questions déontologiques, ne serait-ce que le libre choix du Médecin, et des difficultés d'application, car il faut bien le dire : les *structures actuelles* sont encore par *trop insuffisantes* pour permettre d'envisager, dans un proche avenir, la Sectorisation.

En conclusion, cette Consultation d'Hygiène Mentale, malgré ses insuffisances matérielles et un personnel trop peu nombreux, effectue cependant un important travail d'orientation et de placement. Mais le nombre des consultants, leur dispersion dans le département, le polymorphisme des troubles constatés, empêchent d'approfondir l'étude de chaque cas, tandis qu'il est difficile d'estimer l'importance de l'amélioration escomptée, en raison de la faible fréquentation des familles par les Assistantes sociales.

La Consultation médico-psychologique de la S.N.C.F.

La Consultation Médico-Psychologique de la S.N.C.F. fut créée en mars 1960. Elle fonctionne une fois par semaine depuis 1961, rue Mariotte, à Dijon, sous l'autorité d'un Médecin, neuropsychiatre qui est, également, le Médecin du Centre Régional de Bourgogne pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées.

Les enfants de cheminots exclusivement, garçons et filles, âgés de 2 ans et demi à 18 ans, originaires de l'arrondissement S.N.C.F. de Dijon - Région Sud-Est — peuvent venir consulter.

L'enquête sociale a déjà été effectuée, le plus souvent par les *Assistantes sociales de secteur de la S.N.C.F.* ; ce sont elles, d'ailleurs, qui, généralement, ont dépisté ces enfants ou adolescents. Elles se mettent en rapport avec l'Assistante attachée à la consultation, qui complétera les renseignements sur les

conditions de vie, la valeur éducative de la famille, les conflits affectifs au sein de celle-ci, les difficultés des relations entre l'enfant, d'une part, et ses parents, le milieu scolaire ou professionnel, d'autre part. C'est encore l'Assistante sociale qui décidera la famille à venir consulter et qui se chargera de prendre le rendez-vous.

Le bilan psychologique est réalisé par une Psychologue à temps complet, qui fait passer des tests de niveau d'intelligence : en moyenne, un enfant est testé en une demi-journée. En effet, un *grand nombre d'enfants* sont adressés pour dyslexie, dysorthographe et troubles du langage parlé et il importera, dans ces cas, de s'enquérir des possibilités intellectuelles avant d'entreprendre toute rééducation. Si l'étude plus précise de la personnalité s'avère profitable à l'établissement du diagnostic, d'où découleront les directives thérapeutiques, des tests projectifs seront demandés.

La consultation proprement dite se déroule alors, après que les informations concernant l'environnement, l'anamnèse, les tests de niveau et de personnalité aient été rassemblées. Après une présentation du cas considéré par l'Assistante sociale et la Psychologue, l'enfant est d'abord vu seul : *un entretien* en tête à tête avec le Médecin permettra de connaître le point de vue de l'enfant, l'exposé personnel de ses difficultés. Puis la famille est invitée, à son tour, à présenter la situation telle qu'elle la voit. Après ce dernier entretien avec les parents, les impressions et propositions du Médecin, de la Psychologue et de l'Assistante sociale sont confrontées. *A l'issue de cette discussion*, des directives pédagogiques et éducatives, une orientation scolaire ou professionnelle, ou un placement en établissement de rééducation sont conseillés à la famille.

L'Assistante sociale joue dès lors un rôle essentiel. C'est elle qui va expliquer avec simplicité et d'une façon concrète, les conclusions auxquelles sont arrivés les membres de l'équipe médico-psychologique. Surtout, elle s'inquiétera de l'interprétation correcte de ces conseils, de leur application, tant par la famille que par l'enfant lui-même. Elle sera amenée, parfois, à faire prendre conscience d'une erreur éducative, d'un écart de comportement, à encourager une volonté défaillante, éventuellement à demander une nouvelle consultation. Mais le rôle de l'Assistante *ne serait que de peu d'efficacité, si elle n'informait*

pas le Médecin de ses observations sur le comportement, les progrès ou les rechutes de l'enfant. Le Médecin, par un conseil très simple, pourra, ainsi, souvent redresser une situation qui risquait d'aboutir à l'échec des mesures préconisées ; cette étroite collaboration avec l'Assistante lui donnera également la possibilité de faire revenir à temps l'enfant et ses parents, dans le cas où aucune amélioration n'aurait été enregistrée. L'Assistance sociale *prépare et prolonge* ainsi l'action du Médecin.

A chaque consultation, 10 à 12 enfants sont ainsi examinés, dont 4 ou 5 nouveaux ; 9 environ sont l'objet d'un bilan psychologique, 2 ou 3 d'un examen médical simple. Un assez grand nombre est adressé pour dyslexie, dysorthographe, dysphonie. Deux rééducatrices assurent, à la vacation, une journée et demie, des séances de rééducation. Il s'agit d'ailleurs des rééducatrices du Centre privé de Rééducation fonctionnelle du langage oral et écrit, situé rue de Fontaine à Dijon.

A ce jour, 1 000 dossiers environ ont été répertoriés. Un certain nombre d'enfants ont fait l'objet d'une proposition de placement. A ce sujet, il faut regretter que beaucoup de familles, *après avoir donné leur accord, croient devoir le retirer* inopinément et sans formuler de raisons valables, alors que, parfois, les démarches en vue de l'admission ont déjà été entamées.

En 1965, les placements ayant réellement abouti se sont répartis de la façon suivante :

	I.M.P. et I.M.Pro. (3)	Autres Internats spécialisés (4)	Internats non spécialisés (5)	I.M.P. et I.M.Pro. de Sassenage (6)	Externats (7)
placements ..	29	14	6	3	3

(3) I.M.P. et I.M.Pro. pour débiles, caractériels ou retardés scolaires.

(4) Dans cette rubrique, sont groupés les Centres d'Observation, les Etablissements de rattrapage scolaire, les Internats pour bégues, les Cliniques neuropsychiatriques infantiles, les Services hospitaliers pour arriérés profonds : ces Etablissements étant situés en Côte-d'Or ou en dehors du département.

(5) Etablissements scolaires à discipline stricte, Internats d'accueil, Etablissements réservés aux cas sociaux.

(6) Seul Etablissement appartenant en propre à la S.N.C.F., fonctionne en I.M.P. et I.M.Pro. (8 à 17 ans) pour filles uniquement, de Q.I. compris entre 55 et 75.

(7) Classes de perfectionnement, Ecole de plein air du Clos Chauveau, à Dijon.

L'impression générale que laisse cette consultation est celle du caractère assez original de cette *étroite collaboration entre le Médecin neuropsychiatre et l'Assistante sociale*. C'est, en effet, cette dernière qui assure, à la fois, le dépistage ou, tout au moins, le premier contact avec l'intéressé et sa famille, et la prolongation de l'action éducative et pédagogique du Médecin. Il importe, évidemment, que la *même* personne accomplisse ces deux tâches, par ailleurs complémentaires. Il faut remarquer encore l'attachement que porte un grand nombre de familles à cette consultation : son caractère familial d'une part, et son organisation dans le cadre professionnel d'autre part, en sont peut-être l'explication. Mais pour prétendre à de meilleurs résultats, surtout lorsque les enfants ne sont pas placés en établissements spécialisés et restent donc au sein de leur famille, l'Assistante devrait pouvoir prendre contact plus fréquemment avec l'enfant et ses parents. Aussi, compte tenu de la dispersion géographique des familles, une seule Assistante ne peut suffire à cette tâche, et il ne semble pas sans inconvénient de transmettre des directives à des Assistantes de secteur, moins informées sans doute des problèmes de l'inadaptation et qui, surtout, n'assisteraient pas elles-mêmes à la consultation.

L'OBSERVATION ET L'ORIENTATION

1° — Les caractériels et délinquants

Récemment encore, l'Observation du mineur avait pour but essentiel la connaissance de sa personnalité, de ses modes de comportement. Elle devait, au terme d'une période plus ou moins longue, faire la synthèse, d'une part, des éléments positifs du caractère de l'enfant ou de l'adolescent sur lesquels pouvait prendre appui la rééducation et, d'autre part, des attitudes anti-sociales, des perturbations ou des carences affectives que l'on se proposait de corriger. Mais, dans tous les cas, si cette observation apportait de précieux renseignements aux Educateurs, Médecins et aux Autorités qui avaient ordonné la mesure, elle n'apportait rien ou très peu au mineur qui, le plus souvent, la concevait comme une simple mesure de coercition.

Aussi s'oriente-t-on, actuellement, vers une forme d'observation dynamique, consistant à susciter volontairement des réactions nouvelles en réponse à des situations d'expérimentation, proches cependant de celles rencontrées dans la vie courante. L'Observation elle-même ne pouvait que s'enrichir d'une telle conception, puisqu'elle allait recueillir des informations sur les attitudes du jeune, placé devant des situations concrètes, l'obligeant à réagir. Le caractère artificiel que l'on pouvait reprocher à l'observation en Internat, milieu toujours un peu trop fermé et protégé des influences extérieures, s'effaçait progressivement. Par ailleurs, l'Observation ainsi conçue constitue, pour le mineur, une première étape de l'action éducative, puisqu'elle tend à lui attribuer, peu à peu, une plus grande responsabilité de ses actes. C'est donc à cette nouvelle conception du principe de l'Observation qu'il conviendra, semble-t-il, de se rallier.

La mesure d'Observation est ordonnée par le Juge des Enfants : soit qu'il s'agisse de délinquants, soit que l'on ait à

faire à des sujets pour lesquels une mesure d'Assistance Educative s'impose. Mais le Directeur de l'Action sanitaire et sociale peut également demander, en accord avec les parents, une mesure d'Observation pour les Pupilles réputés difficiles ou les enfants placés au titre de la Prévention. Les Consultations d'Hygiène Mentale peuvent, avec l'assentiment de la famille proposer l'Observation d'enfants ou d'adolescents caractériels.

A Dijon, existent actuellement :

- Un Centre d'Observation pour garçons seulement (C.O.) ;
- Un Service d'Observation en Milieu Ouvert (O.M.O.) ;
- Une Consultation d'Orientation Educative (C.O.E.).

Le Centre d'Observation a pour objectif essentiel de préciser les éléments de la conduite à tenir et des mesures à envisager, en se basant sur une meilleure connaissance de la personnalité du mineur. Une telle observation, réalisée dans un *milieu organisé* du point de vue psychologique et pédagogique, demande, en moyenne, trois mois ; mais, dans la pratique, en particulier devant la pénurie d'établissements spécialisés et le fait qu'il s'agisse habituellement de cas graves ou difficiles, l'observation risque de se prolonger. Il devient alors nécessaire de l'associer à la rééducation proprement dite. A l'extérieur de l'Internat, l'éventail trop restreint des possibilités réelles d'application des mesures envisagées obligera peut-être, dans un proche avenir, à se tourner vers la formule d'un Centre d'Observation assurant des mesures de déconditionnement, de rééducation accélérée et de réadaptation.

L'Observation en Milieu Ouvert ou naturel permet de laisser l'enfant dans son *milieu d'origine* ou un milieu de substitution. Elle exige, à côté d'une équipe médico-psychologique et sociale, des éducateurs spécialisés dans cette tâche difficile. Ces éducateurs spécialement formés sont chargés de suivre l'enfant pendant six mois environ. Ils entrent en contacts réguliers avec l'enfant et observent son comportement sur le triple plan de la famille, du travail et des loisirs. Ils proposent au mineur et à sa famille des solutions éducatives — organisation du travail et des loisirs — et étudient les diverses possibilités d'adaptation du mineur en agissant, s'il y a lieu, sur ses milieux de vie. Cette observation, qui peut compléter une observation en Centre ou une Consultation d'Orientation Educative, permettra au Juge

de connaître les ressources éducatives exactes présentées par le milieu familial. L'observation, dans ce cas, débouche tout naturellement sur l'action éducative.

L'Observation en Consultation d'Orientation Educative permet de faire *examiner rapidement* la personnalité de l'enfant par une équipe médico-psychologique et sociale. Elle nécessite la prise en charge du mineur dans un service spécialisé durant toute une journée — renouvelable une ou plusieurs fois éventuellement — au cours de laquelle se poursuivent l'observation du comportement scolaire, en groupe, au cours des repas... les entretiens avec l'enfant et ses parents, les investigations médicales, psychologiques et pédagogiques.

Le Centre d'observation « Les Cèdres » à Chenôve

Dans son rapport moral pour les années 1938 à 1945, M. le Docteur Lauzier, qui était alors Médecin-Directeur de l'hôpital psychiatrique de La Chartreuse, constatait que « la guerre avait placé au premier plan des préoccupations des Pouvoirs publics, le problème de l'*enfance coupable* et que la criminalité juvénile avait triplé entre 1939 et 1945 ». Aussi, sous l'impulsion de M. le Conseiller Mercier, une Association dite : « Service social de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence » avait-elle été fondée à Dijon. Sous sa direction, un Centre d'Accueil et d'Observation des mineurs délinquants fut ouvert le 17 juillet 1943 dans une partie des locaux du quartier Parchappe de la Maison de Santé de La Chartreuse. Ce Centre comprenait 20 places et était réservé aux jeunes délinquants garçons de moins de 18 ans.

Pendant le temps de l'Instruction judiciaire, ces mineurs étaient suivis, observés, examinés tant au point de vue de leur état physique, intellectuel et moral que de leurs aptitudes professionnelles. Une enquête sociale approfondie était faite par une Assistante sociale spécialisée dans ces cas de justice.

Un chef de Centre, des moniteurs et éducateurs préparés à cette tâche difficile, un instituteur, des infirmiers ou veilleurs étaient attachés au Centre. Quant au Service Médical, il était assuré par les Médecins de La Chartreuse, en particulier par les Docteurs Adam et Léculier qui ne ménagèrent ni leur temps ni leur peine pour assurer la bonne marche de ce Service.

En deux ans, 141 mineurs avaient été confiés au Centre, dont 98 pour vols et 29 pour vagabondage. Plus de la moitié appartenait à des *familles dissociées*. La moitié seulement des mineurs observés présentaient un retard intellectuel notable, mais les troubles caractériels étaient presque constants.

Au cours de l'année 1946, un nouveau dortoir de 10 lits put être aménagé, permettant une séparation effective des adolescents et des enfants. De même, de petits ateliers furent organisés.

En 1948, le Centre d'Accueil et d'Observation prenait le nom de « Centre de Champmol » et poursuivait encore son fonctionnement dans les locaux de la Chartreuse, sous la direction du personnel de l'Association régionale de Sauvegarde de l'Enfance. La même année, le Docteur Lauzier dénonçait « l'exiguïté des locaux qui se faisait sentir de plus en plus à mesure que les activités du Centre s'étaient développées » et il préconisait « de façon absolue le transfert du Centre dans un bâtiment plus vaste ». « Ainsi, seulement, poursuivait-il, pourront être créés les aménagements indispensables pour une observation satisfaisante des mineurs en les occupant de façon variée et continue, tout en réalisant, de façon effective, la séparation si nécessaire en trois groupes : accueil, impubères et pubères. » L'Association était alors en voie d'effectuer l'achat d'une propriété à Chenôve, près de Dijon, permettant au Centre devenu autonome, de fonctionner dans des conditions plus favorables. En fait, c'est en 1949 que la Caisse d'Allocations Familiales faisait l'acquisition de cette propriété située 7, rue Charles-Poisot, à Chenôve ; et en raison de travaux d'aménagements et de constructions nouvelles, le Centre d'Observation « Les Cèdres » n'ouvrait ses portes qu'en 1953 avec une capacité de 42 lits.

L'Observation du mineur doit conduire à la connaissance de sa personnalité, fournir un bilan des *aspects positifs* sur lesquels l'éducateur peut s'appuyer et des *aspects négatifs* dont il faut poursuivre la modification. Elle met ainsi en évidence les *besoins du mineur* et les moyens de répondre à ces besoins.

Elle suppose la création d'équipes de spécialistes capables de confronter leurs travaux et leurs conclusions. Les équipes d'observation comprennent l'Assistante sociale, le Médecin de médecine générale, le Psychiatre, le Psychologue, l'Orienteur professionnel et les Educateurs. Dans sa *conception initiale*, la mesure d'observation est apparue comme une *période neutre*,

destinée uniquement à l'étude de la personnalité, indépendamment de toute action pédagogique. Cette attitude, dictée par des préoccupations scientifiques, n'a pas prévalu dans la pratique. *En fait, le mineur est particulièrement réceptif*, dans les moments qui suivent l'ouverture d'une action judiciaire, quel qu'en soit le motif. Une action éducative donnée peut, dès lors, intervenir concurremment à l'observation ou peut tout au moins être amorcée. C'est ce qui est tenté actuellement à Chenôve.

Le Centre d'Observation « Les Cèdres » accueille, théoriquement, 67 garçons mineurs de 9 à 18 ans. Souvent, en fait, l'effectif est de 70. La plupart, près des quatre cinquièmes, est adressée par les autorités judiciaires : soit qu'il s'agisse de *délinquants*, c'est-à-dire, aux termes de l'ordonnance du 2 février 1945, de sujets ayant commis un délit dont la preuve a pu être établie ou contre lesquels une plainte a été portée ; soit qu'il s'agisse de mineurs pour lesquels, selon l'ordonnance du 23 décembre 1958, une *mesure d'Assistance Educative* a été ordonnée. Les autres garçons sont adressés par la Direction de l'Action sanitaire et sociale : il s'agit alors de pupilles réputés difficiles ou d'enfants placés au titre de la Prévention, en accord avec les parents. Enfin, les Consultations d'Hygiène Mentale peuvent proposer le placement d'enfants ou d'adolescents caractériels, avec l'assentiment de la famille. Les garçons sont originaires de la Côte-d'Or et des départements voisins : Aube, Haute-Saône, Doubs et Territoire de Belfort, Jura, Ain, Saône-et-Loire, Nièvre et Yonne. Quelques-uns, pour lesquels un déconditionnement géographique s'avère nécessaire, proviennent de départements plus éloignés.

Dès son arrivée au Centre, le mineur a un premier entretien avec le Directeur. Au cours de cette prise de contact, on tente de lui expliquer la nature d'une mesure d'observation en regard d'une simple mesure coercitive en insistant sur le désir que l'on a d'étudier sa personnalité et son comportement. A cet égard, *l'attitude est très différente* s'il s'agit d'un délinquant ou d'un mineur pour lequel une mesure d'Assistance Educative a été préconisée. Si le premier, qui a conscience de sa culpabilité, ne manifeste que peu d'opposition à son placement en Internat d'observation, le second, qui ne se considère pas comme fautif, accepte très mal la mesure qui est prise. Cependant, les oppositions systématiques sont rares, ce qui n'exclut pas, par la suite,

les difficultés d'adaptation et d'insertion dans le groupe. Celles-ci sont d'ailleurs beaucoup plus marquées si l'enfant décèle une désapprobation de la part de sa famille vis-à-vis de la proposition ou de la décision de placement au Centre, s'efforçant ainsi d'exploiter la divergence d'opinion pouvant résulter, à l'occasion des visites de la famille, d'entrevues entre les parents et les éducateurs.

Dès lors, le mineur admis au Centre et pour lequel, en général, un dossier aura déjà été constitué par l'Autorité qui l'a adressé, fera l'objet d'une *observation continue* durant toute la durée de son séjour fixé, en principe, à trois mois, afin qu'une action éducative puisse se faire sentir. En réalité, les difficultés de placement à la sortie obligent bien souvent à les garder plus longtemps. L'observation doit placer le mineur *dans un milieu organisé* au point de vue psychologique et pédagogique. Cette organisation se concrétise, en particulier, par la répartition des sujets en trois groupes, suivant l'aspect staturo-pondéral. Un premier groupe réunit les enfants de 10 à 14 ans ; le second : les adolescents de 14 à 16 ans et le troisième : ceux de 16 à 18 ans environ. Le mineur est accueilli par l'Educateur responsable du groupe auquel il a été affecté ; s'il a moins de 14 ans, il ira immédiatement en classe ; plus âgé, il travaillera, en outre, à un atelier. Pendant les quatre premières semaines, la classe est, en fait, un cycle d'observation qui permet de juger du niveau scolaire. Un problème reste non résolu quant aux activités à proposer aux enfants de moins de 14 ans et pour lesquels la scolarisation apparaît sans espoir de résultats ; le passage à l'atelier semble encore trop précoce pour mobiliser l'intérêt de l'enfant. Un petit atelier de menuiserie où l'on initie au maniement des outils a, cependant, été installé à titre d'essai dans une classe. De même, l'atelier où quatre sections sont organisées : menuiserie, peinture, ajustage et électricité, a pour but, dans le même laps de temps, de déceler les aptitudes et de définir une pré-orientation professionnelle. Mais il semble bien, tout au moins en ce qui concerne l'affirmation de ces capacités, que, d'une part, une *période d'observation plus longue* et que, d'autre part, une plus grande diversité des sections à l'atelier soient à prévoir. Mais ces deux exigences devraient être satisfaites dans un proche avenir. Il apparaît également que *l'insuffisance du niveau scolaire* soit un handicap et même un

obstacle à l'épanouissement de capacités réelles. Puis, après ces quatre semaines passées à l'atelier d'orientation professionnelle, le mineur est envoyé à l'atelier de rendement où l'aptitude au rendement est évaluée sur la confection d'objets simples, constituant bien souvent un travail automatique et répétitif. Ce travail, qui peut également constituer une solution d'attente, autorise une certaine rémunération. La gestion de son budget est déjà, pour le mineur, une première prise de responsabilité ; elle est donc l'objet d'une observation attentive de la part des Educateurs.

Cette observation, d'une manière plus générale, constitue ainsi la première mesure, c'est-à-dire *la première étape de l'action éducative*. Toute mesure plaçant l'enfant dans une situation différente de son cercle habituel peut être *réadaptative* si elle provoque un choc, réveillant des possibilités d'évolution jusque-là bloquées dans des habitudes. C'est une occasion privilégiée, qu'il importe non seulement de ne pas négliger, mais d'utiliser le plus largement possible. L'observation sera *d'abord statique puis analytique*. Statique, elle note les réactions à des situations banales ou seulement contraignantes, sans intervention d'un tiers pour susciter d'autres attitudes de comportement. Analytique, elle observera chacune de ces attitudes à une situation donnée et dans une ambiance déterminée : en classe, à l'internat, aux heures de détente. Mais, dans le souci d'éviter la répétition de comportements anciens ou l'adoption d'une attitude conformiste de durée limitée à la contrainte qui la provoque, il faudrait envisager que l'équipe éducative du Centre de Chenôve se tourne maintenant, après l'expérience de plusieurs années d'observation statique, vers une forme d'observation *dynamique*, consistant à tenter de provoquer délibérément des réactions nouvelles, allant dans le sens de l'évolution et de l'épanouissement de la personnalité avec dépassement des structures anciennes. On s'efforcera, bien entendu, de connaître la personnalité du sujet dans son aspect structural, mais dans le dessein d'évaluer, moins ses insuffisances que sa disponibilité, et dans quels secteurs celle-ci peut être développée.

L'organisation et le travail, au Centre d'Observation, découlent de ces principes. Il ne peut donc plus, en aucune façon, être considéré comme un simple Centre d'accueil.

Actuellement, *les Educateurs* et Educateurs-stagiaires, au nombre d'une quinzaine environ, sont chargés de l'étude du comportement des garçons à l'Internat et, d'une façon plus générale, de leur attitude dans le groupe. Cette *observation* est *quotidienne, spontanée, non provoquée*, de tous les instants. Le fait observé est noté le jour même en faisant mention de la date, du lieu et des circonstances. En classe et à l'atelier, les trois instituteurs et les deux moniteurs techniques donnent également leurs appréciations sur le niveau scolaire ou l'aptitude professionnelle et sur le comportement vis-à-vis des camarades.

Les examens médicaux somatiques et neuropsychiques sont étendus à tous les enfants. Ainsi, le Médecin pédiatre assure un examen médical à l'entrée, l'Infirmière attachée à l'établissement, ayant déjà compulsé le dossier, noté les antécédents et réalisé les mesures anthropométriques. A cette occasion, des examens complémentaires radiologiques et sérologiques peuvent être demandés. Un nouvel examen est pratiqué deux mois après l'admission puis à la fin du troisième mois. Le Médecin psychiatre voit les enfants avec la même fréquence. Enfin, le Psychologue fait passer à l'enfant des *tests de niveau et de personnalité* ; l'enfant ou l'adolescent est revu après deux mois de séjour, au cours d'un entretien particulier : le cas échéant, des tests projectifs sont réalisés ; enfin, le troisième mois permet au Psychologue de faire la synthèse de ses observations.

Le Centre des « Cèdres » semble donc pourvu d'un *personnel compétent* et déjà nombreux, permettant une action éducative assez courte mais intense puisque, théoriquement, limitée à trois mois. Encore faut-il que *l'équipement* matériel et technique soit adapté à une telle action pour autoriser une rééducation sans rechute et une adaptation durable au monde extérieur. Les locaux de l'Internat, qui respectent l'indépendance de chacun des trois groupes de vie, ont été aménagés dans l'intention d'accorder *progressivement au mineur une plus grande responsabilité* : du dortoir commun pour le groupe des petits, le garçon passera dans une chambre de six lits, avec partie commune aux quatre dortoirs, puis dans une chambre de cinq lits. Salles à manger, salles d'activités d'expression libre ou dirigée, salles de jeux, de télévision et de ciné-club complètent les aménagements de l'Internat. Les salles de classe et les deux ateliers ont été heureusement installés dans un bâtiment

séparé. Cependant, la perspective d'un effectif accru qui serait porté à 96, la création de nouveaux ateliers d'orientation professionnelle et peut-être même de rendement, ainsi que l'équipement de terrains de sports, l'ont envisager le *transfert du Centre* sur un emplacement plus vaste, aux portes de Dijon.

Si l'observation du mineur, grâce à un équipement assez satisfaisant, peut être réalisée pour toutes les attitudes de comportement, par les deux Médecins et chacun des Instituteurs, des Educateurs ou des Moniteurs, il est cependant nécessaire que le travail du Centre d'Observation se fasse en équipe, chaque spécialiste apercevant un aspect de l'enfant que sa formation et sa voie d'abord lui permettent d'appréhender davantage. C'est ainsi que chaque mercredi après-midi *une réunion de présynthèse* est organisée, à laquelle participent le Directeur et tous les membres de l'équipe pédagogique. Seuls les dossiers d'enfants entrés depuis deux mois sont examinés. Cette réunion permet à chacun de connaître, par les contacts avec les différents membres de l'équipe, d'autres aspects de la personnalité de l'enfant en même temps qu'elle corrigera sa propre expérience. D'où l'ajustement et l'approfondissement des points de vue individuels, la cohésion du travail et le soutien moral apporté par le groupe de travail à celui de ses membres dont le rôle est le plus éprouvant. Cette première confrontation rend déjà possible, dans certains cas, le choix de l'orientation à proposer à la sortie. Parfois, une décision définitive ne sera prise qu'à l'occasion de la *réunion de synthèse* qui a lieu à la fin du troisième mois de séjour.

En fonction de chaque cas, d'assez nombreuses *possibilités théoriques de placement* s'offrent alors aux Educateurs. *Mais en réalité*, le problème constant du manque de place se retrouve encore ici : remise à la famille si sa valeur éducative et affective est acceptable ; placement en Internat de rééducation, en foyer de semi-liberté ou sous le contrôle d'une action éducative en milieu ouvert, ou d'un service de liberté surveillée ; ou encore placement direct dans le milieu professionnel. Cependant, l'Internat est nécessaire pour l'éducation de sujets à la personnalité fragile et trop influençable.

Ainsi, d'après le rapport d'activité pour l'année 1964, il ressort que la sortie et le placement des enfants se sont effectués de la façon suivante :

Remise à la famille ou à l'autorité d'origine	40	%
Placement en Internat de rééducation ou de formation professionnelle, ou chez un patron en post-cure	40	%
Placement en foyer de semi-liberté	12,5	%
Placement spécial	7,5	%
Maison d'Arrêt.		
Hôpital psychiatrique.		

Un tel Centre d'Observation ne se conçoit donc que s'il ne constitue pas un organisme séparé mais possédant suffisamment de débouchés ainsi que des liens étroits avec toutes les autorités qui décident l'application des différentes mesures. Il doit également s'assurer, dans la mesure du possible, de la collaboration de la famille, ce qui exige la création d'un service social actif, constituant le noyau du service de suite basé sur les mêmes principes éducatifs. Ainsi, le Centre régional d'Observation « Les Cèdres » évitera-t-il, selon les propres termes du Docteur Lauzier, « la promiscuité si dangereuse des cellules pénitenciaires, permettant, en outre, d'apporter aux Magistrats du Tribunal des Enfants tous les éléments psychologiques, médicaux et sociaux nécessaires pour pouvoir prendre, vis-à-vis de ces enfants délinquants ou en danger moral, les mesures les plus appropriées à leur relèvement et à leur rééducation ».

Le Service d'observation en milieu ouvert

Ce Service dépend du Centre Régional de Bourgogne pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées (C.R.B.E.A.I.). Il est habilité par l'Autorité judiciaire et l'Action sanitaire et sociale. Dès lors, *l'Observation en Milieu Ouvert ne peut être entreprise sans ordonnance du Juge des Enfants ou sans demande écrite du Directeur de l'Action sanitaire et sociale.*

L'Observation en Milieu Ouvert consiste en l'étude du comportement d'un mineur maintenu dans ses milieux habituels de vie.

Sont appelés à faire l'objet d'une telle mesure d'observation, les mineurs, garçons et filles, de 8 à 18 ans, dépendant des

Tribunaux pour Enfants de Dijon, Chalon-sur-Saône et Lons-le-Saunier, des services de l'Aide sociale à l'Enfance de Dijon. L'effectif journalier est, en moyenne, de 45 mineurs.

L'organisation fonctionnelle doit aboutir à un *travail coordonné*, ce qui implique une Direction administrative à compétence technique, l'action prééminente des éducateurs-observateurs, l'intervention coordonnée des techniciens : Psychiatre, Psychologue, Assistante sociale. Les différents membres de cette équipe participeront à la réunion de présynthèse puis de synthèse. Enfin, la liaison avec les autres formes d'observation — Consultation d'Orientation Educative et Centre d'Observation — et les établissements spécialisés ne sera pas à négliger.

Le personnel comprend le Directeur, les Observateurs en Milieu Ouvert et les techniciens.

Le Directeur, à mi-temps, assure également la Direction de la Consultation d'Orientation Educative. Il est chargé de la bonne marche du Service et en a la Direction administrative et technique. Il est le *lien entre les différents membres de l'équipe* : éducateurs et techniciens. Il joue le rôle de conseiller technique des éducateurs d'O.M.O., n'étant pas personnellement engagé dans l'action. Enfin, il préside les réunions de présynthèse et de synthèse, les réunions d'éducateurs.

Les Observateurs en Milieu Ouvert se répartissent en deux éducateurs à temps complet, et une éducatrice à mi-temps qui collabore aussi à la Consultation d'Orientation Educative. Chaque éducateur est *responsable de l'observation* de 18 à 20 mineurs, garçons ou filles. Les relations avec le Juge des Enfants, les visites et comptes rendus de ces visites à domicile, l'assistance aux audiences du Tribunal pour Enfants, l'étude des problèmes familiaux, scolaires et professionnels, des loisirs, les traitements médicaux prescrits, constituent ses principales tâches. Chacun des éducateurs se voit confier les enfants d'une zone territoriale délimitée ; il est en relation régulière et systématique avec le Directeur et, selon les besoins, avec le Juge et la Psychologue.

Les techniciens exercent à temps partiel ou à la vacation :

— Un Psychiatre effectue, trois heures par semaine, un examen médical rapide et un entretien d'une heure avec compte rendu écrit de l'examen.

— Un Psychologue, à raison de huit heures par semaine, effectue les examens psychologiques de présynthèse et de synthèse. Cet examen psychologique comporte des tests de niveau, de personnalité et un entretien. Le Psychologue rédige un rapport écrit de ses examens.

Avant la mise en route de l'Observation, le Juge des Enfants avertit par un « soit-transmis » qu'il envisage de prendre une mesure d'Observation en Milieu Ouvert, à telle date. *Le Directeur du Service désigne un éducateur* qui prend connaissance du dossier judiciaire et de l'enquête sociale. L'éducateur assiste, au cabinet du Juge, à la « Présentation » : celle-ci réunit, outre le Juge, l'éducateur, la famille et le mineur.

L'Observation proprement dite commence alors, dès que le Juge des Enfants a pris l'ordonnance de la mesure. Au niveau du secrétariat, un dossier est ouvert. L'éducateur, pourvu des renseignements tirés du dossier judiciaire et de l'enquête sociale, effectue régulièrement, *si possible chaque semaine, une visite à domicile* et rédige à chaque fois un compte rendu écrit. Au cours de cette Observation, qui dure théoriquement six mois, ont lieu des examens.

La Présynthèse se situe un mois environ après le début de la mesure d'observation. La famille intéressée reçoit une convocation pour l'avertir de l'examen et c'est l'éducateur qui l'organise et veille à la réalisation pratique. Les examens ont lieu un jour par semaine, de 8 heures à 17 heures. Le matin a lieu l'examen psychologique, l'après-midi : l'examen médico-psychiatrique. Une réunion des différents membres de l'équipe permet à chaque technicien d'exposer les résultats des éléments obtenus. Une discussion s'ensuit, soit pour *mettre un terme à la mesure d'observation*, soit pour préciser à l'éducateur des « *lignes de recherches* ». Au cas où l'Observation en Milieu Ouvert aurait été précédée d'une Consultation d'Orientation Educative, celle-ci tient lieu de présynthèse. C'est souligner les *étroites relations* qui unissent ces deux Services.

La Synthèse a lieu au bout du 5^e ou du 6^e mois. Elle se déroule selon le même protocole que la présynthèse et avec le concours des mêmes techniciens. A l'issue de cette discussion, des propositions éducatives sont décidées.

Des examens complémentaires peuvent être demandés en cours d'observation : examens médicaux, passage en Centre

d'orientation professionnelle ou de Formation Professionnelle des Adultes (F.P.A.). Si le besoin s'en fait sentir, certains sujets peuvent être examinés plusieurs fois. Enfin, chaque mois, éducateurs et Directeur se réunissent pour faire d'une façon systématique le point sur chaque mineur observé, pour établir le programme des futurs examens et pour discuter de questions générales d'observation.

Le rapport d'Observation en Milieu Ouvert est l'œuvre d'une équipe, car il est rédigé par plusieurs techniciens et surtout par l'éducateur. Ce rapport d'Observation, après que le Directeur en ait pris connaissance, est envoyé au Juge des Enfants, au Directeur de l'Action sanitaire et sociale et, en vue d'une éventuelle admission, aux Directeurs d'établissements ou de services.

Une fois le rapport d'O.M.O. envoyé, *l'éducateur continue à s'occuper du cas observé* ; il prépare la solution ultérieure, reste en relation avec le Juge, pour la réalisation de la solution, contacte en particulier les services d'Éducation en Milieu Ouvert pour les introduire dans le milieu familial.

Enfin, l'éducateur assiste aux audiences de cabinet, au moment où le Juge prend sa décision : il présente alors verbalement le rapport d'Observation.

La mesure d'Observation en Milieu Ouvert *ne cesse* alors que sur ordre du Juge et non à la remise du rapport d'Observation.

La Consultation d'orientation éducative

Cette Consultation dépend du Centre Régional de Bourgogne pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées.

Elle constitue, à la fois :

— une forme d'*observation rapide*,

— un moyen de *connaissance de la personnalité* des enfants et des adolescents inadaptés, par la mise en œuvre coordonnée de techniques particulières de base : enquête sociale, entretien avec les parents, examens médical, psychiatrique et psychologique.

Elle a pour but de donner rapidement aux Autorités compétentes les éléments nécessaires pour l'orientation éducative des mineurs inadaptés.

Une Consultation d'Orientation Educative ne peut avoir lieu que :

- si elle est « ordonnée » par le Juge des Enfants,
- ou si elle est « sollicitée » par le Directeur de l'Action sanitaire et sociale.

Quels sont les enfants examinés ?

Chaque année, à Dijon, 210 à 215 mineurs — garçons et filles — de 9 à 18 ans sont adressés à la Consultation. Ils dépendent des Tribunaux pour Enfants de Dijon, Lons-le-Saunier, Vesoul et Chalon-sur-Saône ou des services de l'Action sanitaire et sociale de Dijon, Lons-le-Saunier et Vesoul ou encore des Agences de l'ancien département de la Seine.

L'organisation de la Consultation doit aboutir à un travail coordonné et structuré, ce qui implique :

- une Direction administrative à compétence technique ;
- une intervention coordonnée des différents techniciens ;
- le groupement de l'ensemble des techniciens en une véritable équipe dont la cohésion est renforcée par des réunions périodiques ;
- la rédaction d'une synthèse ;
- une liaison souple avec les autres formes d'observation qui peuvent coexister avec la Consultation. A Dijon, c'est d'ailleurs *la même Direction* administrative et pédagogique qui a la responsabilité de la Consultation et du service d'Observation en Milieu Ouvert.

Le personnel comprend le Directeur, un éducateur, une éducatrice et les techniciens.

Le Directeur, à mi-temps, car il assure également la Direction de l'Observation en Milieu Ouvert, a la Direction administrative et technique de la Consultation. Il est le « *lien* » entre les différents membres de l'équipe et est à leur disposition. Il anime les réunions de synthèse, rédige les conclusions et propositions du rapport de la Consultation. Il travaille avec l'édu-

cateur pour la réalisation des mesures proposées et assure la liaison avec les Autorités compétentes.

L'éducateur, à temps complet, joue un rôle essentiellement *humain et éducatif*. Il est le lien entre la famille et la Consultation. Avant la Consultation, il entre en relation avec les familles et organise le programme des consultations à venir ; il est *responsable de la réalisation matérielle de la Consultation*. Pendant la Consultation, il s'occupe de l'accueil du mineur et s'entretient avec la famille. Après la Consultation, il cherche, en collaboration avec le Directeur, à réaliser les mesures proposées par l'équipe, fait effectuer les examens complémentaires, consacre deux jours par semaine à la visite des mineurs examinés, en attendant l'exécution de la mesure proposée. L'éducateur prépare aussi les familles et les mineurs à la mesure éventuelle et assure, en attendant, un soutien éducatif ; enfin, il effectue les transferts et assure ainsi la liaison avec les établissements.

L'éducatrice, à mi-temps, a une tâche comparable.

Les techniciens groupent les deux Psychologues, le Pédiatre et le Psychiatre.

Les deux Psychologues, à temps partiel ou à la vacation, effectuent un examen psychologique qui dure cinq heures par cas et comporte : des tests de niveau, un entretien, une investigation de la personnalité à l'aide de tests projectifs. Ils rédigent un compte rendu de cet examen psychologique.

Le Pédiatre, à la vacation, consacre une heure par cas et effectue un examen médical complet et un examen gynécologique, s'il y a lieu.

Le Psychiatre, à la vacation, a un entretien d'une heure avec compte rendu écrit de l'examen.

Le déroulement de la Consultation commence après que l'enquête sociale ait été établie. Celle-ci est effectuée dans un délai de 15 à 30 jours après l'ordonnance du Juge des Enfants ou la demande écrite du Directeur de l'Action sanitaire et sociale. L'Assistante sociale de la Population ou la Gendarmerie sont chargées de cette enquête. Le dossier judiciaire et l'enquête sociale sont alors communiqués aux membres de l'équipe médico-psychologique. Le mineur et ses parents sont convoqués à la

Consultation proprement dite. Les examens ont lieu dans la journée et comprennent par ordre et par cas :

- un examen psychologique et des tests scolaires 5 heures
- un examen médical complet 1 heure
- un examen psychiatrique 1 heure
- si possible, un entretien avec la famille effectué par
l'Educateur ou le Directeur 1 heure

La réunion de synthèse a lieu une fois par semaine. Cinq cas, en moyenne, sont étudiés. Participent à cette réunion : le Directeur, l'Educateur de la Consultation, le Psychiatre, les deux Psychologues, l'Assistante sociale et, parfois, le Juge des Enfants. Chacun expose les résultats de ses examens et la discussion s'engage en vue de formuler des *propositions* aux Autorités compétentes.

Le rapport de Consultation d'Orientation Educative est l'œuvre de l'équipe. Il comprend le motif de la Consultation, le contexte social et le passé du mineur, le compte rendu de l'entretien avec l'éducateur, le compte rendu des examens médical, psychiatrique et psychologique, et enfin les conclusions et propositions rédigées par le Directeur.

Après la Consultation, le travail essentiel consiste à réaliser les solutions proposées : cette tâche revient à l'éducateur qui entre en liaison avec les Directeurs d'établissements en vue des admissions et qui reprend contact avec les familles pour « préparer » la mesure. En attendant, l'éducateur effectue régulièrement une visite par mois, à domicile, pour suivre l'évolution du mineur au sein de sa famille.

Diverses mesures sont susceptibles d'être prises à l'issue de la Consultation d'Orientation Educative :

- Complément d'information :
 - Observation complémentaire ;
 - Observation en Milieu Ouvert ;
 - Centre d'Observation.
- Mesure de rééducation en établissement :
 - Institut Public d'Education Surveillée ;
 - Internat spécialisé ;
 - I.M.P.

- Mesure de rééducation en Milieu ouvert :
 - Education en Milieu Ouvert ;
 - Placement familial ;
 - Liberté surveillée.
- Mesure d'intimidation :
 - Admonestation ;
 - Amende ;
 - Peine de prison avec ou sans sursis + mise à l'épreuve ;
 - Remise à la famille + conseils pédagogiques.

Au terme de cette étude *sur les diverses méthodes et techniques d'Observation* dont on dispose en Côte-d'Or, il est possible de formuler quelques remarques :

— *Le principe de l'Observation* et ses modalités de réalisation ont été envisagés, jusqu'à présent, essentiellement pour les caractériels au comportement très antisocial et les délinquants. Il semble bien que la mesure d'observation puisse être utile aussi *pour d'autres inadaptés* : par exemple, enfants petits caractériels souffrant de troubles affectifs et pour lesquels un certain déconditionnement s'avérerait profitable ; la mise en observation serait l'occasion de pratiquer des investigations médicales, psychologiques et pédagogiques complètes. Inversement, il existe également des enfants ou adolescents au comportement très antisocial mais qui ne relèvent pas pour autant de l'Autorité judiciaire et sont méconnus des services de l'Action sanitaire et sociale : eux aussi seraient justiciables d'une mesure d'observation. De même, certains enfants présentant des troubles à caractère médical : épileptiques mal stabilisés, névrotiques... L'observation pendant quelques jours serait, semble-t-il, profitable : elle permettrait de faire le point du fond mental, des conflits dominants, des éléments de la structure psychique sous-jacente, des modes de réaction et de contact ; elle autoriserait également les examens complémentaires un peu longs : bilan moteur ou verbal, épreuves psychologiques et pédagogiques, audiogrammes, électro-encéphalogrammes, nouveaux entretiens.

— *L'Observation en milieu hospitalier* permettrait de répondre à une large fraction de ces besoins. En dehors du rôle thérapeutique d'un tel Service, il donnerait la possibilité de

réaliser un bilan biologique et des épreuves thérapeutiques, de poser l'indication d'une observation en milieu fermé ou de l'observation psychiatrique de sujets suspects d'une maladie mentale en voie de constitution. L'observation en milieu hospitalier a été critiquée. Elle rend cependant d'incontestables services ; elle exige sans doute une autonomie de la section psychiatrique infantile au sein de l'établissement, et un aménagement dans cette section des règles de la vie hospitalière habituelle, afin de permettre, en particulier, une observation valable du comportement.

— L'urgence de la création d'un *Centre d'Observation pour filles* est évidente.

— *L'ouverture d'un Centre d'Accueil* ou de Triage offrirait au Juge des Enfants et au Directeur de l'Action sanitaire et sociale, la possibilité de placement d'urgence nécessitée par une séparation immédiate du milieu de vie habituel. Ce Centre, conçu pour un hébergement temporaire, n'assurerait pas une observation aussi complète, statique et dynamique, que le Centre d'Observation, mais pourrait la préparer. Cependant, il conviendra d'éviter que ce Centre n'offre pas de débouchés à la sortie, en raison de la pénurie d'établissements spécialisés. Peut-être, dans un premier temps, devra-t-on se contenter d'une *section d'accueil annexée au Centre d'Observation*, ou de petits établissements disposant de quelques lits d'accueil et assurant les bilans médico-psychologiques d'un secteur donné, l'observation en milieu ouvert dans ce secteur et disposant, en outre, d'un éventail très large de placements de toute nature, familial, scolaire et professionnel en milieu naturel.

— Il existe, enfin, une catégorie d'adolescents pour lesquels une orientation s'impose au moment de la mise au travail : il s'agit des *jeunes travailleurs handicapés*. Pour eux, l'observation du comportement, l'étude de la personnalité ne sont pas les préoccupations majeures ; ce sont bien plutôt des propositions d'une orientation professionnelle, adaptée à chaque adolescent, qui doivent être le résultat d'examens médicaux et psycho-techniques. C'est, en fait, à une véritable *orientation biologique* de cette main-d'œuvre handicapée — résultat d'une confrontation entre des aptitudes diminuées et les exigences des postes de travail — que doivent aboutir les conclusions de la Commission Départementale d'Orientation des Infirmes.

2° — Les jeunes travailleurs handicapés

Si on a de tout temps admis qu'il était nécessaire de venir en aide aux personnes atteintes de déficience physique et, de ce fait, incapables de subvenir à leurs besoins, il n'y a guère que depuis une trentaine d'années qu'une *évolution* s'est produite dans la manière dont cette aide est envisagée. A la *notion d'assistance* s'est substituée celle de *reclassement* qui, chaque fois que cela est possible, permet aux diminués physiques de recouvrer leur indépendance économique et sociale, par l'exercice d'une activité professionnelle.

Le manque d'unité de cette action en faveur de la réinsertion professionnelle a amené le Ministère du Travail à créer, en 1948, une Commission Interministérielle pour la Réadaptation Professionnelle des Mutilés, Invalides et Diminués Physiques. Cette Commission était chargée d'imaginer, de développer et d'orienter la politique de reclassement.

Mais ce reclassement supposait auparavant une connaissance précise de la *capacité de travail restante* pour chaque postulant. Dès lors, il était possible de confronter les aptitudes et les déficiences du candidat à l'emploi, avec les *exigences des postes de travail* et de promouvoir ainsi une véritable *orientation biologique de la main-d'œuvre handicapée*. Il importait donc de mettre en place, sur le plan local, les cadres administratifs, c'est-à-dire les services qui recevraient les diminués physiques et, en fonction de leur handicap, les orienteraient vers l'emploi correspondant le mieux à leur cas.

La Commission départementale d'orientation des infirmes

La Commission Départementale d'Orientation des Infirmes fut instituée, en Côte-d'Or, par arrêté préfectoral en date du 26 octobre 1956, conformément à la circulaire interministérielle du 30 avril 1953, relative au reclassement des diminués physiques, et au décret du 29 novembre 1953 portant réforme des lois d'Assistance.

Le but de cette Commission est l'orientation professionnelle des diminués physiques, compte tenu des éléments propres des intéressés, de la nature de l'invalidité, des facultés physiques et

mentales, de la capacité de travail restante. Les possibilités de réadaptation et la situation du marché du travail sont, également, des éléments déterminants.

Le Préfet de la Côte-d'Or ou, à défaut, l'Inspecteur divisionnaire du Travail et de la Main-d'Œuvre, préside cette Commission. Elle comprend, en plus des représentants des Administrations intéressées :

— un ou plusieurs Médecins qualifiés, désignés sur la proposition des Services ou Organismes de prise en charge ;

— deux Médecins désignés sur la proposition du Directeur départemental de l'Action sanitaire et sociale ;

— un ou plusieurs Psychotechniciens ;

— une Assistante sociale.

La Commission est divisée en *deux Sections* :

— une Section chargée de l'orientation des *Adultes* ;

— une Section chargée de l'orientation des *mineurs* de moins de 15 ans et des mineurs n'ayant acquis aucune qualification professionnelle.

En fait, la première Section est aussi amenée à examiner des mineurs qui sollicitent une mesure d'Aide sociale aux Aveugles, Infirmes et Grands Infirmes et qui avaient déjà acquis une formation professionnelle.

La première Section donne son avis sur l'aptitude au travail ou sur la possibilité d'une rééducation professionnelle, préalablement à la décision d'admission à l'Aide sociale.

La deuxième Section donne notamment son avis sur les soins ou le régime d'instruction spéciale susceptible d'être dispensée aux mineurs de moins de 15 ans et aux mineurs de 15 à 21 ans n'ayant acquis aucune qualification professionnelle.

En pratique, suivant que le sujet relève de l'une ou de l'autre Section, la demande présentée pour comparaître devant la Commission émanera du Médecin de Main-d'Œuvre ou des Services de l'Aide sociale. Mais, dans tous les cas, *c'est à l'intéressé lui-même de faire sa demande* pour bénéficier du statut de « *travailleur handicapé* » : est reconnue comme tel « toute personne dont les possibilités d'acquérir ou de conserver un

emploi sont effectivement réduites par suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales ».

S'il relève de la première Section, l'intéressé formulera une demande pour être admis en Centre de Rééducation Professionnelle ou pour bénéficier de la qualité de « travailleur handicapé » et obtenir directement un « *emploi réservé* » dans une entreprise. Il devra produire une fiche médicale, les résultats d'un examen psychotechnique et une fiche d'enquête sociale professionnelle destinée aux organismes de prise en charge et, en particulier, à la Commission d'Admission à l'Aide sociale. La Commission d'Orientation formule son avis sur l'orientation à proposer au sujet, en fonction de la nature de l'invalidité, des possibilités de rééducation professionnelle dans les Centres spécialisés, du marché du travail et de la nature des postes de travail réservés chez les employeurs de la région.

S'il relève de la deuxième Section, le jeune handicapé sera, le plus souvent, présenté à la Commission par le Service de l'Aide sociale, sur proposition des Médecins scolaires ou de Médecins spécialistes, par exemple. Le Médecin contrôleur des lois d'Aide sociale présentera le dossier. La Commission conclura, suivant le cas, à l'inaptitude totale à tout travail salarié, à la reconnaissance du droit au statut de « travailleur handicapé », elle décidera un stage de Formation Professionnelle des Adultes (F.P.A.) ou l'admission dans un Centre de Rééducation Professionnelle. Elle statuera, également, sur l'octroi d'une « *Allocation d'Etudes Spéciales aux Grands Infirmes* » et donnera son avis sur l'attribution de « primes de fin de stage » dans les Centres de Rééducation Professionnelle.

La première Section examine environ, chaque année, 200 à 250 jeunes sujets de 15 à 21 ans qui sollicitent une « mesure d'Aide sociale aux Infirmes, Grands Infirmes et Aveugles » et qui ont déjà acquis une qualification professionnelle. D'autres jeunes déficients physiques sont inscrits aux services de Main-d'Œuvre, dans l'attente d'un emploi, ou sont présentés par des organismes de prise en charge.

La seconde Section des Mineurs voit passer environ 50 sujets handicapés par an, et une dizaine au titre de l'Aide sociale.

La relative importance de ces effectifs mériterait d'envisager la *création d'un Centre de Rééducation Professionnelle* qui doit être le *prolongement* et le *complément nécessaires* de la

réadaptation fonctionnelle. Cette nécessité n'a pas échappé aux fonctionnaires responsables des Services d'Orientation et de Placement de la représentation dijonnaise du Ministère des Affaires sociales.

En effet, un Centre de Rééducation Professionnelle est actuellement à l'étude pour le département de la Côte-d'Or. Il comprendrait une section de triage avec orientation par examens psychotechniques et cours de revalorisation scolaire, une section de réentraînement au travail, une section de réentraînement industriel et des sections professionnelles. La capacité serait de 100 lits en internat et semi-internat pour les sujets mariés ; les limites d'âge s'échelonnant de 17 à 50 ans.

L'intégration professionnelle est donc surtout une affaire d'orientation et de formation judicieuse vers un poste de travail adapté aux possibilités physiques et aux compétences du handicapé. C'est ce à quoi prétend la Commission d'Orientation des Infirmes de la Côte-d'Or.

LES ORGANISMES DE DECISION

Il incombe évidemment, en premier lieu, *aux parents* de prendre les décisions relatives à l'éducation de leurs enfants et c'est, avant tout, à la famille qu'appartient le devoir et le pouvoir d'assurer la protection de l'enfant.

Mais l'inadaptation juvénile appelle aussi, souvent, *l'intervention de l'autorité publique* et plus particulièrement de la Justice, soit parce que l'enfant est privé de foyer, soit parce que son foyer est dissocié, incapable ou indigne de remplir sa mission naturelle de protection et d'éducation, soit encore parce que le comportement particulièrement grave de l'enfant a causé un trouble social appelant une réaction sociale.

Ayant dégagé, dans les chapitres précédents, les critères de base qui paraissent devoir être retenus dans le choix des mesures et dans l'action éducative, nous sommes amené à examiner *les possibilités offertes*, sur le plan local, par le système français de Protection de l'Enfance socialement inadaptée.

Ce sont surtout des *Interventions judiciaires* : les unes se rattachent au contrôle de la puissance paternelle, les autres sont suscitées par le comportement de l'enfant. Mais l'Administration de l'*Aide Sociale à l'Enfance* peut, également, être appelée à intervenir.

Les interventions de l'Autorité Publique motivées par le comportement de la famille

Le Code civil, en organisant dans ses articles 371 et suivants la *Puissance paternelle*, n'avait prévu formellement *aucun contrôle* de l'exercice des prérogatives ainsi reconnues aux parents. Il s'était contenté, dans les articles 302 et 303, de régler l'attribution de la garde des enfants en cas de divorce ou de séparation de corps de leurs parents.

Cependant, dans le cours du xix^e siècle, conformément d'ailleurs à une tradition qui remonte à l'Ancien Droit, les

tribunaux ont reconnu que *ces prérogatives n'avaient pas un caractère absolu*, qu'elles n'étaient accordées aux parents que dans l'intention de leur fournir les moyens de satisfaire à leurs devoirs et obligations à l'égard de leurs enfants et, qu'en conséquence, lorsqu'ils détournaient ces pouvoirs de leurs buts, mettant ainsi en danger la santé ou la moralité de leurs enfants, ils pouvaient *en être privés* par l'Autorité judiciaire.

La loi du 24 juillet 1889 est venue consacrer ce droit de contrôle sur l'exercice de la puissance paternelle. Ses dispositions ont été aménagées et assouplies par les lois des 15 novembre 1921 et 17 juillet 1927.

D'autres lois ont, par la suite, prévu la possibilité de prendre, *dans l'intérêt des enfants*, des mesures qui, sans aller jusqu'au retrait des droits des parents, permettent d'assurer une *surveillance efficace de l'exercice de ces droits* et ont également pour but d'améliorer le comportement éducatif des père et mère.

Etant donné qu'il s'agit, d'une part de priver un individu de l'un des droits de la personnalité ou au moins d'en contrôler l'exercice, d'autre part d'assurer la protection des intérêts d'un incapable, la compétence en ces matières ne pouvait, suivant les principes généraux du Droit français, *que revenir à l'Autorité judiciaire*.

Le rôle des Autorités administratives est, en effet, assez modeste : elles n'interviennent, actuellement, que pour saisir la juridiction compétente ou pour assurer l'exécution de ses décisions. On note, par contre, l'importance que revêt le Ministère public dans le contrôle de la puissance paternelle, qu'il s'agisse de la dévolution de la garde des enfants en cas de divorce, ou de séparation de corps, ou de la déchéance, ou du retrait partiel des droits de puissance paternelle.

Les interventions de l'Autorité Publique motivées par le comportement de l'enfant

En cette matière, la Législation s'est *notablement modernisée* au cours des vingt dernières années.

Toute la protection judiciaire de l'enfance repose désormais sur le *Juge des Enfants*.

La compétence de ce dernier s'est étendue progressivement. L'ordonnance du 2 février 1945 lui donne compétence en matière

d'enfance délinquante et, par suite, en matière de jeunes vagabonds. L'ordonnance du 1^{er} septembre 1945 le charge de la correction paternelle, un décret du 10 décembre 1946 lui confie la tutelle aux allocations familiales. Enfin, l'ordonnance du 23 décembre 1958, relative à la protection de l'Enfance, lui donne un pouvoir général de prendre les mesures d'*assistance éducative* les plus étendues, toutes les fois que la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation d'un mineur de moins de 21 ans sont compromises.

LE JUGE DES ENFANTS.

Le Juge des Enfants est choisi parmi les Juges du Tribunal de Grande Instance ; il est nommé pour une durée de trois ans renouvelable.

Sa compétence territoriale s'étend au ressort du Tribunal de Grande Instance du siège et aux ressorts des Tribunaux de Grande Instance limitrophes.

A Dijon, deux Juges des Enfants exercent leurs fonctions au siège du Tribunal de Grande Instance. L'un d'eux est Président du Tribunal pour Enfants.

En cas de délit, le Procureur de la République saisit habituellement le Juge des Enfants ; celui-ci effectue alors toutes diligences et *investigations* utiles pour parvenir à la manifestation de la vérité — comparution du mineur, audition des parents, des témoins, etc... — et à la connaissance de la personnalité du mineur — *enquête sociale* relative à la situation matérielle et morale de la famille, le caractère et les antécédents du mineur, sa fréquentation scolaire, son attitude à l'école, sur les conditions dans lesquelles il a vécu ou a été élevé . Il peut également ordonner un *examen médical* et, s'il y a lieu, un examen médico-psychologique. Il décide, le cas échéant, de confier provisoirement l'enfant à un Centre d'observation, au Service de l'Aide sociale à l'Enfance ou à un établissement ou à une institution d'éducation, de formation professionnelle ou de soins.

Après avoir terminé l'instruction de l'affaire, le Juge communique le dossier au Ministère public, puis il peut :

— soit par ordonnance, *renvoyer le mineur devant* le Tribunal pour Enfants ou, s'il y a lieu, devant le Juge d'Instruction

(le délit a été commis à la fois par des majeurs et par le mineur, par exemple) ;

— soit, par jugement rendu en « chambre du conseil », *relaxer le mineur* s'il estime que l'infraction n'est pas établie, ou l'admonester, ou le remettre à ses parents, à son tuteur, à la personne qui en avait la garde, à une personne digne de confiance, en prescrivant éventuellement qu'il sera placé sous le régime de la Liberté surveillée.

Lorsqu'il siège en « chambre du conseil », le Juge des Enfants rend sa décision après avoir entendu l'enfant et son défenseur, le Ministère public et, s'il y a lieu, l'avocat de la Partie civile, c'est-à-dire de la victime de l'infraction commise par le mineur.

Il faut souligner que le Juge des Enfants *n'a pas ici le pouvoir d'ordonner le placement* de l'enfant en collectivité, ni de le condamner à une véritable peine, ces mesures ne pouvant être prononcées que par le Tribunal pour Enfants.

L'ordonnance de 1945, en créant le Juge des Enfants, a fait de ce Magistrat le personnage essentiel.

Le Juge des Enfants est, en effet, *à la fois une juridiction d'Instruction et une juridiction de Jugement*, et il exerce, de surcroît, des attributions à caractère administratif. Le Service de Liberté surveillée fonctionnant près le Tribunal pour Enfants est sous l'autorité directe du Juge, de même que l'ensemble des institutions de son ressort habilitées à recevoir des mineurs placés par décision judiciaire sont sous son contrôle (8).

Un choix attentif du Juge des Enfants et sa spécialisation effective deviennent ainsi la condition première de la protection judiciaire de l'Enfance. Un intérêt profond et sain pour les questions de l'Enfance doit l'animer. Les connaissances de l'homme de loi lui sont nécessaires, mais *il doit dominer les textes* et soumettre la procédure aux exigences de la protection qu'il assure. Il doit acquérir une connaissance suffisante des sciences de l'Homme et des diverses techniques d'observation et de rééducation. *Il ne suit pas un dossier, mais un enfant* ; son action ne s'arrête pas au moment du jugement, mais seu-

(8) Le Service Social près le Tribunal pour Enfants de Dijon a été récemment supprimé.

lement le jour où le reclassement du mineur est assuré. Il modifie ses décisions suivant les besoins éducatifs.

LE TRIBUNAL POUR ENFANTS.

Il existe au siège du Tribunal de Grande Instance de Dijon un Tribunal pour Enfants. Sa *compétence territoriale* a la même étendue que celle du Juge des Enfants lorsqu'il siège seul.

Auprès du Tribunal pour Enfants, un ou plusieurs Juges d'Instruction et un ou plusieurs Magistrats du Parquet sont chargés spécialement des affaires concernant les mineurs.

C'est l'un des deux Juges des Enfants qui, entouré de deux assesseurs, préside le Tribunal pour Enfants de Dijon.

Cette juridiction statue non seulement sur les contraventions de cinquième classe et les délits commis par les mineurs de moins de 18 ans, mais encore sur les crimes commis par les mineurs de moins de 16 ans.

Le Tribunal statue après avoir entendu l'enfant, les témoins, les parents, le tuteur ou le gardien, le Ministère public et le défenseur, ainsi que la Partie civile le cas échéant. Il a la faculté d'entendre les co-auteurs ou complices majeurs. Le Président, si l'intérêt du mineur l'exige, peut dispenser celui-ci d'assister à l'audience ; il est représenté par un avocat ou par son père, sa mère ou son tuteur.

Chaque affaire est jugée séparément en l'absence de tous autres prévenus, en présence des seules personnes appelées à s'occuper du mineur : parents, tuteur, Assistantes sociales, représentants des établissements...

S'il s'agit d'un mineur âgé de moins de 13 ans, le Tribunal peut prononcer l'une des mesures suivantes : remise à ses parents, à la personne qui en avait la garde ou à une personne digne de confiance, placement dans une institution ou un établissement public ou privé d'éducation ou de formation professionnelle, placement dans un établissement médical ou médico-pédagogique, remise au Service de l'Aide sociale à l'Enfance, placement dans un Internat approprié aux mineurs délinquants d'âge scolaire.

S'il s'agit d'un mineur âgé de plus de 13 ans, le Tribunal, outre les trois premières solutions sus-visées, peut envisager de placer ce mineur dans une institution publique d'éducation sur-

veillée (I.P.E.S.) ou d'éducation corrective, ou de prononcer contre lui une sanction pénale, prison ou amende.

Que le mineur soit âgé de moins ou de plus de 13 ans, le Tribunal peut toujours ordonner le placement de l'enfant sous le régime de la *Liberté surveillée*. Cette mesure ne peut dépasser l'époque où le mineur aura atteint l'âge de 21 ans. Il en est de même de toutes mesures de placement en collectivité.

Outre le Juge des Enfants et le Tribunal pour Enfants, une *chambre spéciale de la Cour d'Appel* statue sur les décisions du Juge des Enfants, du Tribunal pour Enfants et du Tribunal de simple police.

La Cour d'Assises des Mineurs est composée d'un Conseiller, d'un Président, de deux Assesseurs, qui sont normalement des Juges des Enfants du ressort de la Cour d'Appel, et de neuf Jurés.

Elle juge les crimes commis par les mineurs de 16 à 18 ans ; éventuellement les majeurs, coauteurs ou complices de ces mineurs.

Au cours de l'année 1963, les enfants délinquants ou « en danger », qui ont été jugés par le Juge ou le Tribunal pour Enfants de Dijon, ont fait l'objet d'une mesure de placement ou, plus généralement, d'une mesure d'Assistance Educative, se sont ainsi répartis :

Délinquants :

— jugés par le Juge des Enfants	249
— jugés par le Tribunal pour Enfants ou la Cour d'Assises des Mineurs	136
— condamnés à une peine	66
— placés en internat	22
— placés en milieu ouvert	24
— mis en liberté surveillée	28

En danger :

— mineurs intéressés par les mesures prises à titre définitif	586
— tutelles aux allocations familiales	14

Le rôle de l'Aide Sociale à l'enfance

La notion d'ordre public, qui préside à toutes les interventions de l'Aide sociale à l'Enfance, oriente celle-ci vers des tâches de *protection* et de *prévention*, auxquelles ses attributions d'assistance restent subordonnées. Elle confère en même temps à ce Service des *pouvoirs d'autorité* qui se manifestent, à la fois, dans les décisions d'admission et dans l'exercice de ses tâches.

NOTION D'AUTORITÉ DANS LES DÉCISIONS D'ADMISSION.

Le caractère propre de l'Aide sociale à l'Enfance se manifeste en ce qui concerne la *procédure d'admission*.

C'est une décision directe et individuelle de l'autorité administrative compétente qui prononce l'admission des diverses catégories d'enfants relevant de l'Aide à l'Enfance. Telle est la portée de l'article 54 du Code de la Famille et de l'Aide sociale (L. 15 avril 1943, art. 10) : « Les enfants sont admis dans le service, quelle que soit la catégorie dans laquelle ils entrent, sur décision du Préfet. »

L'admission d'un enfant intervient, *normalement*, sauf le cas des enfants secourus et de la plupart des enfants recueillis temporairement, sans qu'une demande préalable de l'intéressé ou de ses représentants légaux soit nécessaire. C'est *au contraire* à l'origine, l'*abstention* et la *carence* de ces représentants qui justifient la décision d'ordre public de l'Autorité administrative.

La décision en ce qui concerne la nature de l'aide, éventuellement sa quotité et sa durée (dans le cas des enfants secourus), *est prise par le Préfet*, sur proposition du chef du Service. C'est une décision de même forme qui met fin éventuellement à la prise en charge du mineur.

Aucun recours particulier n'est ouvert au représentant légal du mineur à l'encontre de ces décisions ; les commissions départementale et centrale d'Aide sociale sont incompétentes en la matière. Seules restent ouvertes aux intéressés les voies de recours de Droit commun : recours gracieux et recours contentieux devant la juridiction administrative de Droit commun.

Il convient de préciser la *nature* et la *portée* des décisions prises par le Préfet.

Le fondement de ces décisions — et, par suite, de leur portée — apparaît double.

Il s'agit, *d'une part, d'une mesure de protection*, relevant du pouvoir de police du Préfet et procédant des principes généraux de l'ordre public.

Il s'agit souvent, *d'autre part* — mais non toujours — *d'une mesure d'assistance* corollaire, engageant les finances publiques et procédant du principe de l'obligation d'assistance : le Préfet agit ici comme représentant du département, collectivité publique chargée de la gestion des services d'Aide sociale.

La décision du Préfet, motivée par une nécessité d'ordre public dans les cas visés par la loi, suppose une *situation de fait ou de droit justifiant son intervention*.

Il s'agit d'une *situation de fait* à l'égard des enfants secourus, des enfants recueillis temporairement, de certains enfants surveillés, de certains mineurs en garde et des pupilles « abandonnés », « trouvés » et « orphelins pauvres ».

Il s'agit d'une *situation de droit*, résultant d'une décision judiciaire préalable, qui permet l'admission de la plupart des mineurs en garde et des pupilles de la catégorie « maltraités, délaissés ou moralement abandonnés ».

La portée de la décision administrative d'admission (ou de remise) par rapport à la décision judiciaire préalable doit être bien précisée : c'est la décision administrative seule qui entraîne l'admission du mineur dans le Service (ou sa sortie), avec les conséquences juridiques et financières qui en résultent pour celui-ci.

L'acte administratif d'admission relève de la compétence du Préfet et prend, selon le cas, la forme d'un arrêté ou d'une simple décision.

Malgré l'importance du principe qui requiert, pour chaque admission, une décision administrative individuelle du Préfet, on doit cependant relever *divers cas* dans lesquels cette règle est mise en échec : « secours de premier besoin » accordé aux enfants secourus et admission provisoire d'enfants abandonnés prononcée par la préposée du bureau d'abandon ; « accueil

sans formalité » des femmes enceintes et des mères qui répondent aux conditions légales dans les Maisons maternelles ; pour les mineurs en danger moral, pouvoir d'admission à l'Aide sociale conféré à l'Autorité judiciaire.

NOTION D'AUTORITÉ DANS L'EXERCICE DES TÂCHES DE L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE.

Les fonctions d'autorité qui apparaissent pour l'admission à l'Aide sociale à l'Enfance se retrouvent dans l'exercice des tâches qui incombent au Service à l'égard des diverses catégories de mineurs dont il a la charge.

Selon les cas, les manifestations de cette autorité peuvent se rattacher à *l'exercice des droits de puissance paternelle* ou apparaissent d'une nature originale, procédant des exigences propres au Service.

En effet, qu'il s'agisse de *pupilles* ou de *mineurs en garde*, le Service assume tout ou partie des droits retirés aux parents ou abandonnés par eux. Il dispose de l'autorité inhérente à cet exercice. Sur plusieurs points, il possède même une autorité plus large que celle des parents.

L'autorité du Service à l'égard des *autres mineurs* dont il a la charge ne peut se rattacher à l'exercice des droits de puissance paternelle, puisque ces droits sont conservés par les parents (enfants secourus, recueillis temporairement, certains enfants surveillés) ou attribués à d'autres personnes ou organismes (enfants surveillés relevant du Titre II de la loi de 1889, mineurs en danger moral). C'est ainsi, par exemple, qu'en ce qui concerne les enfants surveillés ou secourus, *l'autorité du Service* s'exerce moins sur les enfants eux-mêmes que *sur les personnes ou organismes* qui en ont la charge, ou encore *sur les établissements* ou les œuvres auxquels ces mineurs ont été confiés.

Au 31 décembre 1964, les effectifs de l'Aide sociale à l'Enfance dans le département de la Côte-d'Or se répartissaient comme suit :

Pupilles :

a) trouvés et abandonnés	228
b) orphelins	44
c) moralement abandonnés	297

En garde :

a) loi du 24 juillet 1889 et ordonnance du 2 février 1945	140
b) article 375 et suivants du Code civil (Assistance Edu- cative)	676

Recueillis temporairement :

a) loi du 15 avril 1943	500
b) décret du 7 janvier 1959	434

Total 2 319

— Secourus 1 102

— Surveillés 462

— Confiés à des particuliers ou à des Institutions privées .. 547

Total 2 111

LES ETABLISSEMENTS DE CURE ET DE SOINS

Le propre de l'Action sanitaire et sociale, entendue dans son acception la plus large, est à la fois de prévenir et de traiter les diverses formes de l'Inadaptation juvénile.

L'Enfance Inadaptée est le plus nouveau et, peut-être, le plus grave des problèmes sociaux contemporains. Elle nécessite des solutions techniques qui ne peuvent être réalisées que dans le cadre d'une *action concertée* des divers Services publics ou privés.

Tout récemment encore, les créations d'établissements ou de services spécialisés étaient l'œuvre d'initiatives privées, semi-publiques ou publiques, dont le manque de cohésion est apparu avec le recul de quelques années. Certes, les besoins considérables, non encore satisfaits, avaient permis d'utiliser aussitôt ces nouvelles possibilités d'éducation et de rééducation.

Désormais, il est indispensable de revoir entièrement la politique d'assistance aux Inadaptés.

Le premier temps de cette action doit être consacré à définir un cadre général à l'intérieur duquel on précisera la place qui revient à chaque grand type d'équipement. Cette perspective d'action sous-entend, évidemment, une évaluation de la dimension du problème et des exigences techniques, et une définition du rôle et de la structure des Services publics et privés qui contribueront à l'accomplissement des tâches futures.

La dimension du problème de l'Enfance Inadaptée suppose une définition aussi complète que concise de « l'enfant inadapté », l'adoption d'une classification des diverses formes d'Inadaptation, enfin l'estimation des effectifs de chaque catégorie de handicapés. C'est ce que nous nous sommes efforcé d'aborder rapidement dans notre introduction.

Le second temps de l'action développée en faveur de cette Enfance Inadaptée, consiste à estimer les besoins et à décider de la priorité des réalisations. Ce n'est qu'en suivant cette

méthode plus rationnelle que l'on évitera, à l'avenir, la création parfois un peu désordonnée d'établissements ou de services, sur un territoire géographique donné.

Avant d'envisager, dans un chapitre ultérieur, les perspectives d'avenir, nous ferons tout d'abord *l'étude des établissements de cure et de soins* existant actuellement dans le département de la Côte-d'Or.

Pour ce faire, nous respecterons la classification adoptée par l'« *Inter groupe de l'Enfance Inadaptée* », organisme créé en septembre 1964 au sein du Commissariat Général au Plan d'Équipement et de la Productivité. Avec l'Inter groupe, nous formulerons les mêmes réserves quant « au risque d'artificiel et d'arbitraire que comporte une classification, mais tout effort de planification implique la constitution de groupes ». En particulier, en ce qui concerne les déficients intellectuels, on ne peut « ignorer les dangers que présente le recours au Quotient Intellectuel (Q.I.), en matière de classification », une marge d'indétermination de plus ou moins dix pour cent ne paraissant pas excessive, surtout chez les enfants présentant des troubles associés.

Il est donc impossible de concevoir des catégories tout à fait distinctes, mais il faut obligatoirement arriver à des groupes qui, globalement considérés, sont cependant d'une incontestable spécificité, même relative.

Nous étudierons l'équipement de la Côte-d'Or, successivement, pour les :

- Déficients mentaux ;
- Déficients moteurs et sensoriels ;
- Enfants présentant des troubles du Comportement et de la Conduite ;
- Inadaptés scolaires et psychomoteurs ;
- « Cas sociaux ».

LES DEFICIENTS MENTAUX

L'insuffisance mentale, cet arrêt ou insuffisance du développement intellectuel, met le sujet dans une situation d'adaptation aux exigences vitales. Ce ne serait, peut-être même d'après certains, que le symptôme perceptible d'une atteinte plus profonde de la personnalité, le mode d'adaptation que la personnalité lésée a choisi pour vivre avec cette atteinte.

L'enfant est inadapté à la forme de scolarité que reçoivent tous les enfants de son âge ; adolescent, il est inapte à recevoir un enseignement professionnel normal ; adulte, son insertion dans le monde du travail ne se fait pas normalement dans la plupart des cas. De plus, au plan de sa vie personnelle, l'insuffisant mental a souvent besoin d'une aide renforcée, dans l'enfance et dans l'adolescence, et d'une tutelle de forme variable, selon le degré de son atteinte intellectuelle.

Cette atteinte intellectuelle est *permanente*, tout en étant susceptible d'évolution positive, mais le déficient mental gardera toujours une insuffisance mentale, même à la suite d'une éducation tout à fait adaptée à son cas.

Lorsqu'on aborde la question des *possibilités d'action* médicales, psychologiques et pédagogiques, il est essentiel de garder présente à l'esprit la complexité des cas cliniques et des indications thérapeutiques. Mais cette complexité ne signifie pas, pour autant, dispersion et séparation des actions. Au contraire, elle n'en réclame que davantage une *unité d'organisation* technique et administrative. Il y a vingt ans déjà que M. le Professeur Dechaume et M. le Professeur Girard disaient que le « problème déborde sur trop de disciplines différentes pour qu'il puisse recevoir une solution unilatérale... seule une politique d'ensemble permettra d'obtenir une organisation complète, équilibrée, ordonnée et tenant compte de tous les aspects du problème ».

Enfin, comme le rappelaient MM. Dechaume et Girard, le problème ne doit pas être envisagé sous un jour sentimental

mais *sous un aspect objectif*. « Si la science sans sympathie est froide et aveugle, la sympathie sans science n'est que de la sentimentalité et de la futilité. »

La tâche à accomplir consiste à *éduquer la personnalité* du débile mental dans toute sa plénitude. On s'efforcera d'améliorer les moyens d'expression du « Moi » par l'apprentissage et le perfectionnement de la relation verbale, par une éducation motrice dans les diverses activités de la vie courante, par des possibilités d'exercer et d'épanouir les capacités naturelles d'expression, par une scolarité adaptée. Le but recherché étant généralement, moins une autonomie complète du sujet qui prend conscience de ses actes et en est responsable, qu'une *autonomie matérielle*, facteur indispensable d'une *réinsertion sociale* même partielle.

En respectant la classification généralement adoptée : débiles légers, moyens, profonds et arriérés profonds, nous ferons l'étude, dans ce chapitre, des possibilités offertes en Côte-d'Or par les Internats, Semi-Internats et Externats spécialisés.

L'internat spécialisé, qu'il s'agisse d'Institut Médico-Pédagogique (I.M.P.) ou d'Institut Médico-Professionnel (I.M.Pro), représente une possibilité de suppléer une famille qui ne peut assumer les tâches indispensables sur le plan éducatif. Mais il est aussi, dans l'état actuel de notre organisation, une obligation pour des familles valables mais ne trouvant pas à proximité les possibilités d'instruction appropriées. Régularité de vie, équilibre entre l'instruction et les jeux, hygiène de l'alimentation et de l'habitat, atmosphère compréhensive et objective, surveillance neuropsychiatrique sont, entre autres, les bienfaits que peuvent apporter aux déficients intellectuels les Instituts Médico-Pédagogiques et Médico-Professionnels.

Les Semi-Internats spécialisés sont de création plus récente. Ils se justifient dans les grandes villes, mais aussi dans les agglomérations peu importantes. La solution est certainement heureuse, puisqu'elle permet de maintenir l'enfant dans son milieu familial, mais elle a suscité sur le plan de la gestion elle-même, comme sur celui des relations avec les organismes de financement, des difficultés assez nombreuses.

Nous verrons donc, successivement, les établissements ouverts actuellement en Côte-d'Or aux :

- Débiles légers et moyens ;
- Débiles profonds ;
- Arriérés profonds.

I — Débiles légers (Q.I. :70-90) et débiles moyens (Q.I. : 50-70)

Les débiles légers, au Q.I. compris entre 70 et 90, sont considérés comme éducatibles, au plan scolaire principalement. Ils ont besoin d'une scolarité adaptée à leurs capacités intellectuelles amoindries. Dans la grande majorité des cas, au terme de la scolarité, ils acquièrent la lecture et l'écriture, certains passent même le Certificat d'Etudes Primaires. Beaucoup sont susceptibles, après rééducation, d'une vie autonome et d'une adaptation au monde du travail.

Si l'on retient le pourcentage officiel — retenu par le V^e Plan d'Equiperment — de 3,55 % de débiles légers sur la tranche d'âge de 5 à 19 ans, c'est près de 3 700 enfants qu'il faut considérer comme déficients intellectuels légers en Côte-d'Or.

Les débiles moyens — Q.I. : 50-70 — sont considérés comme semi-éducatibles. A la suite d'une scolarité adaptée, certains peuvent acquérir la lecture. Pour tous, la communication écrite reste très imparfaite et n'est parfois jamais acquise.

La proportion de 1% de la tranche d'âge de 5 à 19 ans, étant généralement retenue pour évaluer cette catégorie d'enfants, c'est donc environ 1 000 débiles moyens qu'il faudrait dénombrer en Côte-d'Or.

Qu'est-il offert actuellement à ces enfants ?

— *Les Classes de Perfectionnement* ont une possibilité d'accueil de 720 élèves. Ne sont considérées, dans ce chiffre, que les Classes de Perfectionnement annexées à des Ecoles primaires, à l'exclusion des Classes annexées à des Etablissements spécialisés.

— *L'Institut De Vigne*, à Semur-en-Auxois, reçoit 144 filles de plus de 14 ans, adressées par les Services de l'Aide sociale à l'Enfance uniquement.

— *La Maison des Pupilles de Montmoyen* accueille 56 garçons et 24 filles, soit 80 enfants au total.

— *L'Etablissement Médico-Psycho-Pédagogique d'Aisy-sous-Thil* a un effectif de 96 garçons, ayants droits d'assurés sociaux.

— *L'I.M.P. de Villeneuve* par Essey est réservé aux enfants de mineurs de la région « Centre-Est ». Il accepte 60 garçons.

Ces différents établissements offrent donc 1 100 places environ. Au regard des 3 700 débiles légers et 1 000 débiles moyens, on mesure l'importance du déficit de l'équipement actuel. Cependant il faut, peut-être, faire une réserve concernant les débiles légers : les meilleurs d'entre eux seraient, peut-être, justiciables, de même que certains retardés scolaires, de classes d'attente à rythme plus lent, de classes de transition ; ce pourrait être une solution provisoire, tout au moins en attendant l'ouverture d'autres établissements spécialisés.

LES CLASSES DE PERFECTIONNEMENT.

Depuis 1909, les Pouvoirs publics et plus spécialement le Ministère de l'Instruction publique, puis de l'Education nationale, se sont penchés sur la scolarisation des enfants inadaptés — arriérés, disait-on alors.

Cette loi, vieille de plus d'un demi-siècle, est encore valable, tout au moins dans son esprit, bien que le Sénateur Strauss, rapporteur à l'époque, précisait qu'il s'agissait d'un commencement. Cependant, les programmes et méthodes d'enseignement dans les classes de perfectionnement recevant des débiles mentaux de 6 à 14 ans, ont été établis d'après les directives pédagogiques contenues dans l'arrêté ministériel du 12 août 1964.

Toutefois, *en Côte-d'Or, ce n'est qu'en 1941 que les premières classes* firent leur apparition et c'est à Dijon, plus précisément, qu'elles furent d'abord implantées : aux Groupes scolaires Tivoli-garçons et Darcy-filles. Mais elles ne permettaient l'accueil que de 38 enfants pour une ville de près de 100 000 habitants.

La scolarité des enfants inadaptés, dans le département de la Côte-d'Or, est assurée, d'une part par les Classes de Perfectionnement proprement dites et, d'autre part, par un certain nombre de classes annexées à des établissements spécialisés.

Au 1^{er} janvier 1966, 123 instituteurs, la plupart possesseurs du Certificat d'Aptitude à l'Enseignement des Enfants Inadaptés (C.A.E.I.), dispensaient cet enseignement spécial. A la même date, la situation de cette scolarisation dans le département était la suivante :

1^o Classes de Perfectionnement annexées aux Ecoles primaires :

I. A Dijon :

— Ecoles de garçons	18 classes
— Ecoles de filles	17 classes

II. Hors de Dijon :

— Ecoles de garçons	7 classes
— Ecoles de filles	6 classes

Récapitulation :

— Classes de Perfectionnement annexées à Dijon	35 classes
— Classes de Perfectionnement annexées hors de Dijon	13 classes
Total	48 classes

2^o Classes annexées à des Etablissements spécialisés recevant des Inadaptés :

— I.M.P. d'Aisy-sous-Thil : garçons : 96 débiles moyens ..	6 classes
— I.M.P. d'Essey-Villeneuve : garçons : 60 débiles moyens	4 classes
— I.M.P. de Montmoyen : mixte, effectif : 80 débiles moyens	5 classes
— Centre d'Observation de Chenôve : garçons : 20	2 classes
— Centre de F.P. Velars-sur-Ouche : garçons : 15	1 classe
— Ecole municipale de Perfectionnement Semur-en-Auxois : filles et adolescents débiles	7 classes
— I.M.P. de Nolay : garçons : 21 débiles profonds	2 classes
— Foyer des Pupilles, 17, rue du Chaignot, Dijon : Cas sociaux. Effectif variable	1 classe
— Centre de rééducations spécialisées du Clos Chauveau, à Dijon - Mixte :	
a) Section des amblyopes : effectif : 35	2 classes
b) Section des handicapés moteurs : effectif : 19	2 classes
c) Section des malentendants : effectif : 48	4 classes
d) Cycle d'observation : effectif : 23	2 classes
— Aérium de Coutivert : mixte : 39 élèves	2 classes
— Hôpital de Vitteaux : mixte : effectif : 15 (variable)	1 classe
— C.H.R. de Dijon. Service de Pédiatrie. Mixte : 15 (variable)	1 classe
Au total	42 classes

Il faut signaler, par ailleurs, que 7 instituteurs spécialisés dans les rééducations psycho-pédagogiques, exercent au Centre Psycho-Médico-Pédagogique de l'Académie de Dijon, au Campus Universitaire de Montmuzard.

Les Classes de Perfectionnement sont destinées à recevoir des enfants accusant un déficit intellectuel correspondant à un Q.I. compris entre 50 et 75, aux tests verbaux de type Binet-Simon. Mais cette notion de la débilité par l'appréciation d'un Q.I. doit être acceptée avec les nuances que l'on sait.

La pédagogie de la Classe de Perfectionnement peut se différencier en considérant les niveaux d'âge qui sont autant de paliers dont doit tenir compte l'éducateur. La scolarité de l'enfant débile mental, comme celle de l'enfant normal, comporte une « période élémentaire » (9) : 6-12 ans, une période correspondant aux classes de 6^e et de 5^e : 12-14 ans (9) ; elle comportera une période terminale : 14-16 ans, lorsque sera acquise la prolongation de la scolarité. Mais la progression de l'enfant débile mental se fait plus lentement et plus irrégulièrement ; il arrive qu'il stagne longtemps et même régresse, tout au moins pour certains enseignements. On ne brûlera pas les étapes et on laissera progresser les élèves selon un rythme correspondant à leurs possibilités. On évitera l'échec prévisible au Cours préparatoire, en faisant entrer l'enfant débile mental en Classe de Perfectionnement dès son admission à l'Ecole primaire élémentaire. Il convient aussi d'organiser en un ensemble pédagogique qui tienne compte des différents niveaux scolaires, les Classes de Perfectionnement d'un même groupe ou de groupes scolaires voisins, en renonçant, autant que possible, à la classe unique recevant des enfants de 6 ou 7 ans jusqu'à 14 ans.

La Période élémentaire s'adresse aux enfants de 6 à 12 ans. Elle se divise en deux temps : celui des « Initiations » auquel fera suite celui des « Acquisitions scolaires » (9).

Le temps des Initiations commence par une pédagogie d'attente, qui vise à développer la maîtrise corporelle et l'habileté gestuelle afin d'assurer, au départ, une éducation psychomotrice de base, conditions et point d'appui des apprentissages

(9) Arrêté ministériel du 12 août 1964, B.O.E.N. N° 32, 3 sept. 1964.

ultérieurs. A cette fin, concourent l'éducation du sens de l'espace et du temps, la coordination des mouvements, le développement de l'adresse et la précision du geste. Cette pédagogie d'attente doit déboucher, pour les enfants ayant atteint un degré de maturité suffisant, sur les apprentissages proprement scolaires : initiation à la lecture, apprentissage de l'écriture et du calcul.

Le temps des Acquisitions scolaires fait suite à celui des Initiations : à ce moment, le débile se trouve dans des conditions meilleures pour que le maître s'applique, d'une part, à consolider et développer les techniques de base de la vie intellectuelle : lecture, écriture et calcul, et d'autre part à rendre possible l'épanouissement de la personnalité. Pour atteindre ce but, le maître s'attachera à perfectionner l'expression orale dont les progrès conditionnent et accompagnent ceux de toutes les autres activités ; il aura également le souci de favoriser l'expression écrite en accueillant avec bienveillance tous les thèmes qui suscitent le désir de s'exprimer. L'expression du « Moi », les relations avec autrui et l'intégration au monde social sont systématiquement favorisées : l'éducation gestuelle, l'éducation manuelle et le dessin, l'éducation musicale, l'étude du milieu, les exercices de vie pratique, concourent à développer cette affirmation de la personnalité.

— *La Période correspondant aux classes de 6^e et de 5^e* doit accueillir les élèves de 12 ans ayant accompli leur scolarité dans les Classes de Perfectionnement du cycle élémentaire. Ce sont les enfants qui terminent actuellement à l'école primaire leur scolarité spéciale. La pédagogie de ces classes pour débiles mentaux préadolescents devra satisfaire à un certain nombre d'objectifs :

— Entretien et, si possible, *perfectionnement des connaissances scolaires de base* avec, cependant, le souci de dépasser les objectifs scolaires du cycle élémentaire, dans les disciplines où le débile semble réussir.

— *Intégration sociale* par des activités en commun avec les élèves des autres classes, à l'intérieur et à l'extérieur de l'école, par l'acquisition de connaissances favorisant l'adaptation sociale et le développement des aptitudes qui se retrouveront au niveau de l'exercice d'un métier ; mais il ne s'agit

en aucune façon d'une préparation directe à une activité professionnelle déterminée.

— *Exercice des aptitudes physiques* qui seront, pour ces élèves, à la fois un élément de compensation et de développement, facteurs équilibrants essentiels.

— *Exploitation des possibilités d'expression* et formation du goût qui constitue également un objectif dont il faut souligner l'importance. Plutôt que d'essayer de faire atteindre à l'élève le même niveau d'acquisition en toutes disciplines, on essaiera de valoriser au maximum ses intérêts ou aptitudes particulières.

Qu'il s'agisse de la « Période élémentaire » ou de celle dite « de 6^e et 5^e », le trait dominant de ces classes est certainement le *niveau très hétérogène des élèves*, tant sur le plan du développement mental que sur celui des acquisitions scolaires. De plus, *pour un même élève*, le niveau des acquisitions est variable selon que l'on considère chacune des disciplines de l'enseignement traditionnel. Cette notion d'hétérogénéité conditionne évidemment les techniques pédagogiques.

L'enseignement individuel, la leçon individuelle, doivent cependant *s'intégrer* dans les activités communes à un groupe d'enfants : mais, au sein d'un même groupe constitué d'enfants présentant un déficit intellectuel comparable, les différences restent encore importantes, les possibilités d'acquisition variables. *L'exploitation des aptitudes les moins atteintes* sera donc un des soucis essentiels du maître, qui profitera au maximum du réconfort que donne le succès dans les activités où le débile réussit assez bien.

Le rôle de l'Instituteur spécialisé apparaît donc primordial. La connaissance de la psychologie du débile mental, en général, et de la personnalité de chaque enfant en particulier, est la condition indispensable pour promouvoir une pédagogie lucide, patiente et, cependant, stimulante : le but à atteindre étant finalement une intégration satisfaisante du déficient mental au monde social et professionnel. Et seul, un enseignement individuel dans un cadre collectif peut atteindre ce but. C'est cet enseignement « sur mesure » qui est dispensé dans les Classes de Perfectionnement ; il doit faire appel à l'« activité propre » (10) du débile, c'est-à-dire exploiter, le plus complète-

(10) M^{lle} DESCLEUDRES.

ment possible, ses facultés motrices et sensorielles autant, sinon plus, que ses facultés intellectuelles.

« C'est par l'individualisation qu'on peut espérer établir chez ces enfants une certaine harmonie de développement. Elle ne signifie pas une succession de leçons particulières, mais un enseignement qui, adressé à un groupe d'élèves, tient compte des nécessités de chaque individu dans ce groupe » (11).

L'INSTITUT DE VIGNE (SEMUR).

L'Institut De Vigne est un *établissement public* à caractère hospitalier. Il reçoit des *jeunes filles débiles moyennes et légères* de 14 à 17 ans, dont le Q.I. s'échelonne de 60 à 80. Ce Centre de Perfectionnement n'admet que des enfants *relevant exclusivement* de l'Assistance à l'Enfance, de l'Aide sociale ou de la Prévention. L'effectif total, qui s'élève actuellement à 144, comprend toutefois un groupe de 24 pensionnaires de 9 à 14 ans.

L'Institut s'installa en 1958 dans les locaux d'une ancienne propriété ayant appartenu autrefois à M. De Vigne qui en avait fait don, il y a près d'un siècle, à la ville de Semur, sous la condition de la réserver à la création d'une maison d'Accueil pour jeunes filles pauvres. Mais, depuis la publication du décret du 10 décembre 1946 fixant les modalités d'application de la loi sur le régime des prestations familiales, la raison d'existence de cette Institution avait perdu une large part de sa justification. Aussi, afin de respecter les conditions sous lesquelles la ville de Semur avait acquis la propriété, fut-il décidé, sur l'initiative du Maire, de créer un *Centre de Perfectionnement pour enfants déficientes mentales légères* relevant de l'Assistance Publique. En 1958, l'Etablissement ouvrait ses portes ; son effectif passait de 48 à 96, pour atteindre, en 1960, le chiffre actuel de 144, bien que les locaux ne fussent conçus que pour recevoir 120 pensionnaires.

Les jeunes filles sont adressées par les services de l'Assistance à l'Enfance, de l'Aide sociale ou de la Prévention de la Côte-d'Or et des départements limitrophes. Il faut noter qu'une proportion non négligeable est originaire des anciens départements de la Seine, de la Seine-et-Oise et de la Seine-et-Marne.

(11) C. KOHLER. — Les déficiences intellectuelles chez l'enfant, p. 180.

A leur entrée, les jeunes filles sont examinées par le Médecin neuropsychiatre qui consacre une vacation par mois au Centre de Perfectionnement, ce qui semble insuffisant, compte tenu de l'importance de l'effectif. Ce premier examen vient ainsi compléter les renseignements médicaux inscrits dans le Carnet de Santé ou la Fiche de Santé, faisant eux-mêmes partie du dossier d'admission. Celui-ci fait mention des conclusions d'Orientation professionnelle et des cours suivis par l'élève. Eventuellement, le Médecin généraliste peut être amené à voir l'enfant. Il faut regretter, actuellement, l'absence de psychologue pour faire passer les tests à l'entrée et pour suivre le comportement psychologique des pensionnaires tout au long du séjour. Cependant, ce travail est actuellement assuré par une institutrice. L'équipe médico-pédagogique se complète d'une infirmière à plein temps.

Les élèves de moins de 14 ans suivent les *cours de Perfectionnement* donnés par 12 institutrices. Les jeunes filles de 14 à 17 ans reçoivent, en outre, une *formation ménagère ou professionnelle* assurée par des Educatrices, en vue de leur placement suivant leurs aptitudes. *Des groupes de vie* de 16 pensionnaires sont constitués en fonction du Q.I., pour les activités manuelles et l'initiation au travail. Jusqu'à présent, les locaux ne permettent pas de respecter l'unité de ces groupes et les élèves ont dû être rassemblées, pour les veillées, en équipes de 24. Cette dissociation quotidienne des éléments d'un même groupe semble d'autant plus préjudiciable que l'Etablissement s'adresse par définition à des enfants retardées, instables, qui ont presque toutes connu un milieu familial très mal structuré, parfois dissocié, dont la valeur éducative était toujours insuffisante. Aussi les importants travaux en cours qui permettront, en outre, d'ouvrir 6 salles d'activités et une grande salle de réunions, autoriseront-ils à *respecter l'unité de vie* à l'Internat comme dans les locaux de jour, en accueillant un effectif accru s'élevant à 192.

Après huit années de fonctionnement, compte tenu des heureux résultats acquis, certaines conclusions sont à tirer du bilan de la rééducation telle qu'elle est pratiquée à Semur. *En premier lieu*, il conviendrait, chaque fois que les exigences administratives le permettent, d'*admettre les pensionnaires bien avant l'âge de 14 ans*. En effet, il semble qu'une rééducation

effectuée à cet âge et s'adressant à des enfants dont la carence affective et pédagogique du milieu familial est la cause d'un retard scolaire et des troubles du comportement, se heurte à des difficultés dépassant les simples réactions au milieu de vie habituel, pour prendre, parfois, l'aspect de véritables troubles caractériels structuraux. Dans ces cas, la précocité, la multiplicité, l'intensité des événements perturbateurs, les troubles de la maturation, l'existence d'un terrain propice ont abouti à un mode d'expression caractérielle, à des comportements habituels qui ne permettent plus d'envisager une modification des conduites, par la seule suppression des facteurs de perturbation. Aussi, le retrait précoce de la famille ne s'aurait-il s'effectuer, pour de tels sujets, sans un placement également précoce en Internat. C'est ce qui est tenté actuellement sur un petit groupe de 24 enfants de moins de 14 ans.

D'autre part, il apparaît souhaitable que *la rééducation se prolonge au minimum trois ans*. C'est ce qui ressort de l'observation des enfants au cours de leur séjour : la première année est essentiellement une année d'adaptation à la discipline de l'Internat et d'intégration à un Groupe, l'initiation au travail scolaire et à la formation professionnelle apparaissant surtout comme un moyen de réaliser cette adaptation au nouveau milieu de vie. Ce n'est qu'au cours de la seconde année que le perfectionnement scolaire et la formation ménagère et professionnelle peuvent réellement aboutir à quelques résultats. Une troisième année semblerait donc nécessaire non seulement pour compléter les connaissances acquises, mais aussi pour stabiliser la personnalité.

Par ailleurs, il conviendrait que *les relations entre les Directions de l'Action sanitaire et sociale* dont relèvent les enfants, et l'équipe médico-pédagogique de l'Institut soient plus étroites, tant en ce qui concerne le séjour qu'en ce qui concerne la sortie. En particulier, les propositions d'orientation professionnelle émises par le personnel éducateur, en fonction des conclusions des réunions de synthèse, *devraient être un élément décisif* pour le choix du placement. Suivant leurs capacités, les jeunes filles peuvent être placées soit comme fille de maison chez des particuliers, soit comme fille de salle dans un établissement hospitalier ou dans les services généraux de l'établissement lui-même, soit dans une petite industrie comme

ouvrière à un poste de travail simple, répétitif, ne demandant que peu d'initiative. Celles qui en ont la possibilité sont préparées au Certificat d'Etudes Adultes et, éventuellement, à l'examen d'entrée dans un collège d'enseignement technique.

L'Institut De Vigne, s'adressant à des *enfants privées de milieu familial normal*, quelle qu'en soit la forme, doit pouvoir, pour remplir son rôle, assurer pratiquement les fonctions psychologiques, pédagogiques et sociales de la famille, c'est-à-dire *recréer un milieu affectif abrité et non surprotégé et hétérogène*. Pour atteindre ce but, faudrait-il que l'Etablissement puisse s'assurer du concours d'un personnel éducateur spécialisé plus nombreux, tel que l'exigerait l'accroissement de l'effectif lorsque les nouveaux locaux seront achevés, ce qui permettrait ainsi de compléter l'œuvre entreprise.

Cependant, dès à présent, l'Institut offre un sentiment de *sécurité*, de *protection contre les agressions* de la vie normale à ces jeunes filles, qui ont longtemps souffert d'une carence affective et éducative due à une famille très fruste ou, parfois même, à l'absence d'un ou des deux parents. Et, à ce titre, les Educatrices se sont données pour tâche de compenser les frustrations affectives — parfois massives à l'origine — et de pallier les insuffisances de l'adaptation sociale de ces adolescentes, conséquences de leur situation d'abandonnées ou d'orphelines. Mais *prévenir* des troubles qui requéreraient un jour des mesures plus sévères, *éviter* une inadaptation caractérisée à la sortie, et *proposer un placement* familial ou même professionnel ultérieur, constituent également des aspects intéressants de l'éducation entreprise à Semur.

L'Institut De Vigne apparaît donc comme un établissement où la préparation à une *réinsertion familiale*, sociale et même professionnelle, doit être *l'aboutissement de toute l'action éducative* : une pédagogie adaptée, un enseignement pratique et une séparation d'un milieu carencé ou nocif en sont les meilleures chances de succès.

LA MAISON DES PUPILLES DE MONTMOYEN.

La Maison des Pupilles de Montmoyen fut créée le 1^{er} octobre 1957, sous l'égide de l'*Œuvre des Pupilles de l'Ecole publique de la Côte-d'Or*.

Cet Institut Médico-Pédagogique est installé dans une propriété appartenant à la Caisse d'Allocations Familiales de Constantine qui loue les locaux à l'Œuvre des Pupilles. Cette location a permis de remplacer un petit I.M.P. de 30 fillettes, dépendant du Service d'Aide sociale à l'Enfance de Dijon et hébergées dans un établissement à caractère municipal sis à Nolay, par un I.M.P. mixte de 80 places. Ce transfert des fillettes ne s'est d'ailleurs pas réalisé sans difficultés : les enfants, habituées à la vie familiale d'un petit établissement, ont présenté une recrudescence des troubles du comportement au cours de l'année 1957-1958.

Les enfants relevant de l'établissement sont des *débiles moyens*, au Quotient Intellectuel compris entre 60 et 80, avec une tolérance de plus ou moins cinq points, âgés de 6 à 15 ans, présentant en outre *des modes de comportement caractériels*. Les enfants porteurs de déficiences associées ne sont pas admis. L'effectif théorique est de 80, mais peut atteindre, en fait, 82 ou 83.

Originaires, pour la plupart, des départements de la Côte-d'Or et du Doubs, les enfants sont *adressés par les Services d'Action sanitaire et sociale*. Une convention, passée entre l'Œuvre des Pupilles et le département de la Côte-d'Or, fait obligation à la Direction de recevoir uniquement des Pupilles du Service d'Aide sociale à l'Enfance de la Côte-d'Or et, dans la limite des places disponibles, ceux des Agences, situées en Côte-d'Or, des Services de l'ancien département de la Seine et ceux des Services des départements limitrophes de la Côte-d'Or.

A l'entrée, chaque enfant est accompagné d'un dossier. Mais, en fait, les renseignements sont souvent très partiels en raison de *l'origine très diverse des Pupilles* de l'Aide sociale à l'Enfance. Un dossier d'établissement est donc constitué pour chaque entrant et doit compléter les documents d'admission. Seul le Service d'Aide sociale est habilité à fournir les éléments de l'enquête familiale et sociale mais n'en a pas toujours la possibilité. Un bilan psychologique réalisé à l'I.M.P., un examen médical somatique et neuropsychiatrique, parfois des renseignements scolaires s'ajoutent au dossier : les Médecins, la Psychologue, les Educateurs, les Instituteurs sont donc amenés à voir l'enfant dès son entrée.

C'est sur un critère d'ordre social, essentiellement, que l'admission est décidée : l'enfant qui arrive à Montmoyen n'a pas de famille et il a été rejeté par la milieu scolaire. S'il semble qu'il puisse s'adapter à la vie de l'établissement, un nouveau départ scolaire peut être envisagé.

Une période d'observation de trois mois est respectée avant une admission définitive.

L'enfant est alors immédiatement *intégré à un groupe de vie*. Ces unités ont été formées en cherchant à recréer une ambiance assez chaleureuse pour les enfants particulièrement éprouvés sur le plan familial.

La scolarisation des enfants est dispensée dans cinq classes de perfectionnement :

- 1 classe d'initiation, mixte, pour les enfants n'ayant pas la maturité suffisante pour la lecture ;
- 1 classe mixte d'apprentissage de la lecture ;
- 1 classe de garçons du niveau Cours Élémentaire ;
- 1 classe de garçons, type transition - perfectionnement ;
- 1 classe de filles comprenant :
 - un groupe de niveau Cours Élémentaire ;
 - un groupe type transition.

Des activités manuelles et d'expression — chorale, marionnettes, vannerie, cartonnage, couture et activités ménagères — sont également proposées aux enfants. Deux ateliers de menuiserie et de photographie sont à leur disposition, tandis que des sorties éducatives, des promenades sont autant d'occasions de multiplier les centres d'intérêt des enfants.

L'éducation physique est régulièrement organisée au niveau des classes, des groupes de rééducation sont formés, et le sport, sous forme de jeu, complète le développement staturo-pondéral des enfants.

Tous les enfants ont un *milieu nourricier* qui les accueille aux vacances de la période scolaire et un mois et demi en été. En outre, un séjour d'un mois au bord de la mer est organisé chaque année dans un camp lourd, propriété de l'Œuvre.

De plus, les nourrices ou les familles qui ont un droit de visite peuvent venir chaque premier dimanche du mois à l'I.M.P. de Montmoyen. En fait, *bien rares* sont les enfants qui béné-

ficient de ces visites. Par ailleurs, les entretiens avec les Educateurs sont plus ou moins fructueux.

L'équipe médicale comprend le Médecin généraliste et le Pédiatre. Ce dernier, résidant à Dijon, peut, après examen des enfants, conseiller une consultation auprès d'autres Spécialistes dijonnais — Neuropsychiatres, en particulier. Le Médecin peut avoir à examiner certains enfants au cours de leur séjour à la Maison des Pupilles. Enfin, une Infirmière est chargée de l'exécution des prescriptions et des soins courants.

Une Psychologue s'occupe du bilan psychologique à l'entrée.

Les Educateurs, au nombre de douze dont deux spécialisés, animent les groupes de vie.

Cinq Instituteurs, dont trois titulaires du Certificat d'Aptitude à l'Enseignement des Enfants Inadaptés (C.A.E.I.), ont la charge des cinq classes de perfectionnement.

Des réunions de synthèse, bien qu'organisées à intervalles irréguliers en raison des difficultés de déplacement des Médecins et de la Psychologue, permettent toutefois d'examiner les dossiers de certains enfants et, notamment, ceux des nouveaux pensionnaires et de ceux quittant l'établissement. Pour chaque enfant, un compte rendu des conclusions auxquelles ont abouti les membres participant à la réunion, est adressé aux Services de Tutelle.

Après un séjour moyen de quatre à cinq ans à l'I.M.P. ou s'ils ont atteint l'âge de 15 ans, les enfants et les adolescents *doivent être placés*.

Les garçons de Côte-d'Or sont généralement placés chez des artisans, parfois encore — mais de moins en moins fréquemment — chez des cultivateurs. Les garçons originaires de la région parisienne sont souvent dirigés sur les Instituts Médico-Professionnels.

Les filles sont adressées à l'Institut De Vigne, à Semur-en-Auxois, et dans les Ecoles ménagères.

Après leur départ, *les enfants gardent le contact* avec l'établissement soit directement par voie épistolaire, soit par l'intermédiaire des Services Tuteurs. Les étroites relations qui lient la Maison aux Services d'Aide sociale à l'Enfance ne semblent pas justifier, pour le moment, la création d'un Service de Suite.

Les locaux, non prévus initialement à recevoir un Institut Médico-Pédagogique, ne permettent pas, en particulier, de con-

férer à l'Internat l'ambiance familiale, sécurisante et calme, qui serait désirable. Chaque unité de vie ne peut disposer de son dortoir particulier ; les salles d'activités, au nombre de huit, sont généralement trop grandes ou mal adaptées. L'établissement comprend également cinq salles de classe, deux ateliers et un réfectoire trop vaste pour assurer toute la tranquillité et le silence indispensables.

Aussi, le transfert de la Maison des Pupilles de Montmoyen à Dijon apparaît-il comme très heureux. Le nouvel établissement, qui prendra le nom d'*Institut Médico-Pédagogique des Ecayennes*, chemin de la Motte-Giron à Dijon, accueillera un effectif accru : 96 débilés légers et moyens, et caractériels légers. Outre le logement des enfants en véritables appartements, la principale amélioration attendue de ce nouvel I.M.P. sera certainement la possibilité de s'assurer, *avec plus de régularité, du concours des Spécialistes* résidant à Dijon.

Mais les difficultés que rencontrent les Educateurs dans leur tâche tiennent, avant tout, au fait que les enfants sont *gravement perturbés sur le plan familial et social*. La débilité mentale, l'inadaptation scolaire qui en découle, sont des problèmes relativement simples si on les compare aux difficultés — insurmontables parfois — de réinsertion dans un milieu normal d'un enfant sans famille ou séparé de sa famille. Pour ces enfants, l'Internat — et en particulier l'Internat campagnard, si éloigné des réalités sociales actuelles — doit être considéré avec bien des réserves : il semble souhaitable qu'il ne constitue qu'une *étape* dans la vie de l'enfant et qu'il lui permette de prendre ailleurs un meilleur départ social.

La nouvelle implantation permettra certainement une plus grande ouverture de l'établissement, des regroupements d'anciens élèves, un contact prudent avec les familles des enfants du Service de Prévention. Déjà réconciliés avec l'Ecole, sera-t-il possible de réconcilier ces enfants avec une Société qui leur était jusqu'à présent apparue hostile ?

L'ETABLISSEMENT MÉDICO-PSYCHO-PÉDAGOGIQUE D'AISSY-SOUS-THIL.

L'Etablissement Médico-Psycho-Pédagogique d'Aissy-sous-Thil est situé à une soixantaine de kilomètres de Dijon, au nord-ouest de la Côte-d'Or. Il est la propriété de la Caisse

Régionale de Sécurité Sociale de Bourgogne et de Franche-Comté.

Il admet des *garçons de 8 à 14 ans, débiles moyens*, au Q.I. compris entre 0,60 et 0,80, enfants perfectibles ayant besoin d'une éducation en Internat, d'un enseignement spécial et pour lesquels un traitement médical s'impose.

L'Etablissement est *réservé aux enfants d'assurés sociaux* avec priorité pour ceux dont la famille réside dans la région du ressort de la Caisse Régionale : c'est-à-dire la Bourgogne et la Franche-Comté, soit huit départements. Son effectif s'élève à 96 lits.

La Maison d'Aisy existait déjà avant la création de la Caisse Régionale en 1945. En effet, elle appartient d'abord à la « Caisse de Compensation de la Région Côte-d'Orient » qui y installa une colonie de vacances. Puis, en 1945, cette Caisse céda la propriété à l'« Association de Prévoyance et d'Assistance Sociale de Dijon et Région », avec mission d'en faire une œuvre sociale. L'Association commença à aménager le château en y installant dortoirs et réfectoirs, en vue de la création d'une colonie sanitaire permanente pour enfants déficients. Mais bientôt, l'Association connut des difficultés financières et techniques et envisagea de se dessaisir de la propriété. C'est alors qu'en 1948, le Conseil d'administration de la Caisse Régionale de Sécurité Sociale de Dijon décida l'acquisition de l'établissement. La colonie sanitaire ferma ses portes. Cependant, la vente ayant été réalisée sous la condition que l'acquéreur devait, pendant cinquante ans, réserver l'usage de la propriété à des œuvres sanitaires ou sociales, la Caisse Régionale à laquelle il était apparu que les besoins en matière de rééducation d'enfants déficients mentaux étaient particulièrement importants, surtout depuis la fermeture de l'Institut Boyer, décida, en 1952, de créer à Aisy un *Centre Médico-Psycho-Pédagogique* pour « Arriérés semi-éducables présentant, en outre, des troubles du caractère justiciables d'une rééducation psycho-thérapeutique et d'une réinsertion sociale sous contrôle médical ». En 1953, après la réalisation de travaux d'aménagement sommaire, une première expérience était tentée sur un groupe de 40 enfants. Dès le début, le Centre put s'assurer de la précieuse collaboration de conseillers médicaux tels que le Professeur Heuyer et le Docteur Lauzier, ainsi que du concours de l'Education natio-

nale qui mettait à sa disposition maîtres et maîtresses. Entre 1955 et 1959, d'importants travaux étaient entrepris qui donnèrent, à l'issue de leur réalisation, sa physionomie actuelle à l'établissement, lui permettant d'accueillir 50, puis 75 et enfin 96 enfants.

Le Centre, nous l'avons dit, s'adresse à des garçons perfectibles pour lesquels sont « mises en œuvre toutes thérapeutiques médicales et toute action éducative susceptibles de *normaliser leur comportement*, de réduire leurs troubles du caractère, *d'améliorer leurs déficiences physiques et intellectuelles*, d'assurer le développement harmonieux de leur personnalité et de préparer leur récupération sociale ». Le but ainsi poursuivi, à l'Internat d'Aisy-sous-Thil, consiste donc à doter ces enfants non seulement de connaissances de base indispensables à la vie en société : lire, écrire, calculer, mais encore à développer au maximum leurs aptitudes manuelles, leur intelligence pratique en vue d'assurer, si possible, leur *réinsertion sociale* par leur intégration au monde du travail.

Dans la perspective de cette double rééducation, il faut considérer, d'une part l'organisation de l'*Internat* proprement dit, et d'autre part celle des *classes et des ateliers*.

La Maison des Enfants — l'*Internat* — est aménagée dans le château, vieille demeure avec ses tours du x^v^e siècle, installée dans une magnifique propriété de 12 hectares. Salle à manger, salle de télévision, bibliothèque, chambres et dortoirs accueillent les 96 pensionnaires. Ceux-ci se répartissent en 8 *groupes de vie* d'après leur niveau mental. 4 groupes d'ainés forment la section des « grands », soit environ 48 garçons au total ; pour ceux-ci, il a été préféré des éducateurs masculins auxquels ils peuvent s'identifier comme à leur père, tandis que les 4 groupes des « petits » sont confiés, jusqu'à 10-11 ans, à des éducatrices. Cette séparation en deux sections se retrouve à la salle à manger où les enfants prennent leurs repas avec l'éducateur ou la monitrice. Il est fait en sorte que la *stabilité du groupe de vie* soit maintenue, qu'il se compose des mêmes éléments et, surtout, qu'il ait le même éducateur durant l'année scolaire. Ce but a pu être atteint, en particulier, grâce à l'admission et la sortie des enfants une seule fois par an, au cours des vacances d'été.

Les enfants vont en classe comme les autres écoliers ; comme eux, ils ont le même horaire. A la rentrée des classes,

des cours de niveau homogène sont créés. Le pensionnaire, selon son niveau d'instruction, fréquentera *l'une des six classes de perfectionnement* : la classe d'initiation, le cours préparatoire, le cours élémentaire. Ces trois classes du début de scolarité correspondent à la section des petits ; les élèves les plus évolués se répartissant dans les trois autres classes ayant respectivement le niveau du cours élémentaire 1^{re} année, 2^e année et du cours élémentaire 2^e année-cours moyen 1^{re} année. Parallèlement à cet enseignement en classe, dispensé par des instituteurs spécialisés, les enfants bénéficient de *leçons de vie pratique* et de nombreuses séances de *travail manuel* en atelier ou à l'extérieur : menuiserie, jardinage, maçonnerie, céramique. La gymnastique, la rythmique, la rééducation physique jouent un rôle irremplaçable en développant la coordination des mouvements et leur parfaite maîtrise : un Professeur d'éducation physique donne une leçon chaque semaine à deux groupes de pensionnaires, mais cela semble encore insuffisant.

Mais une telle organisation de l'Internat et des classes doit être au service d'une *action médico-pédagogique concertée entre tous les membres de l'équipe éducative*. C'est cette équipe, en effet, qui prendra en charge l'enfant depuis son arrivée à l'Etablissement jusqu'à sa sortie, en s'efforçant, tout au long du séjour, de lui donner les moyens d'une certaine *autonomie* qui lui permettra d'assumer ses responsabilités en vue de sa réinsertion sociale.

Dès son entrée, l'enfant, dont le dossier d'admission constitué d'une enquête sociale, de certificats médicaux, d'un examen psychologique permet déjà de connaître l'origine familiale et les antécédents, est *pris en charge par l'éducateur du groupe* auquel il a été affecté. Celui-ci, assez réduit, puisqu'il ne rassemble que 10 à 12 sujets, permet à l'enfant de se sentir en confiance et d'accepter plus facilement le traumatisme affectif causé par la séparation de sa famille. Admis pour une période probatoire de 8 mois environ, le *jeune débile est examiné* par le Médecin généraliste et par le Médecin neuropsychiatre, assistés d'une Psychologue à temps partiel, d'une Assistante sociale et d'une Infirmière qui exécute les prescriptions médicales et donne les petits soins quotidiens aux pensionnaires. L'importance de ce traitement médical est évident : il vient aider le jeune débile à mobiliser son attention, à calmer son instabilité ou son anxiété, ou à se stimuler.

Tout au long de son séjour, l'enfant sera régulièrement suivi par l'équipe médico-pédagogique : maîtres et éducateurs ont leur réunion hebdomadaire. Par ailleurs, le conseil des maîtres se réunit chaque mois alors que les éducateurs confrontent leurs observations une fois par semaine. Enfin, chaque année, la Commission médico-pédagogique de l'établissement, après un travail préparatoire, décide des admissions définitives et des orientations à la sortie. La famille elle-même n'est pas tenue à l'écart de l'action entreprise : chaque mois, un compte rendu clair et concis, résumé des observations de l'Instituteur, de l'Éducateur et du Médecin, lui est envoyé. Elle peut également venir prendre contact directement avec le personnel du Centre.

Au terme de leur séjour, les enfants sont orientés en fonction des constatations de tous les membres de l'équipe médico-pédagogique. Cette sortie, préparée longtemps à l'avance, grâce à une observation continue et des réunions de synthèse entre éducateurs, s'efforce de placer les pensionnaires dans les Centres Médico-Professionnels correspondant à leur niveau et à leurs aptitudes, de prolonger leur scolarité ou de les placer directement en apprentissage auprès d'un employeur.

La situation actuelle de 190 anciens pensionnaires ayant quitté l'Etablissement depuis 1955, s'établit ainsi :

Prolongation de scolarité	17
Placement en Etablissement professionnels	57
Placement en Etablissements sanitaires	5
Placement chez un employeur	46
Au travail	58
En instance de placement	6
Décédé	1
	190

Si l'on considère qu'en novembre 1965, 56 anciens pensionnaires étaient au travail, 32 en placement direct chez un employeur et 14 en apprentissage avec contrat, il est permis de juger de la *valeur de la rééducation* entreprise à Aisy. L'apprentissage d'un métier, la *vie professionnelle* apparaissent être ainsi une *chance supplémentaire* offerte au déficient mental de s'exprimer, de reprendre confiance et surtout de trouver sa

place dans la Société. Aussi ne peut-on que déplorer l'absence en Côte-d'Or d'Internats Médico-Professionnels pour débiles moyens qui prendraient le relais de l'action éducative entreprise à Aisy-sous-Thil. Par ailleurs, l'origine géographique des enfants apparaît trop étendue pour permettre à l'Assistante sociale du *Service des Suites* de prendre connaissance du devenir de chacun et ainsi de faire une critique de l'orientation proposée.

Prochainement, de nouvelles constructions viendront compléter les locaux existants. Outre des logements pour éducateurs, il est prévu l'aménagement de 4 ateliers de menuiserie, de travail du fer, de maçonnerie et de vannerie. Des salles d'activités distinctes des salles de classe sont nécessaires, en particulier, afin que les enfants différencient complètement les activités manuelles et d'expression des activités didactiques. Enfin, une salle commune sera réservée aux activités de groupe.

Le Centre d'Aisy apparaît ainsi comme un Institut Médico-Psycho-Pédagogique où le travail scolaire adapté, les activités manuelles et d'expression, le traitement médical concourent, grâce à une *organisation matérielle particulièrement étudiée*, à aider le déficient mental à atteindre une certaine maturité affective, à le libérer d'un passé lourd d'échecs, d'insatisfaction, d'inhibition, à le rendre peu à peu sociable.

L'I.M.P. DE VILLENEUVE.

En 1962, l'*Union Régionale Centre-Est*, qui regroupe les Caisses Primaires de Sécurité Sociale des Mines des bassins de Blanzey, Montceau-les-Mines, Decize, La Mure, ouvrait au château de Villeneuve, près d'Essey, un *Institut Médico-Pédagogique pour débiles moyens*. Cet Etablissement, installé dans les locaux d'un ancien aérium géré par le même organisme social de 1948 à 1962, reçoit des *garçons de 9 à 12 ans*, au Q.I. s'échelonnant de 55 à 65, ayants droits d'assurés sociaux affiliés à la Sécurité Sociale des Mines. Cependant, quelques enfants relèvent du régime général ou de l'Aide sociale : le père ayant pu, en effet, abandonner la profession de mineur et trouver un nouvel emploi et, de ce fait, ne plus bénéficier de la Sécurité Sociale minière. Aussi, afin d'assurer la *poursuite de la rééducation*, la Sécurité Sociale ou l'Aide sociale garantissent-elles la continuité de la prise en charge.

L'I.M.P. accueillait, l'année de son ouverture, 45 enfants de 8 ans à 13 ans et demi, dont la provenance géographique était très étendue puisque certains étaient originaires de la région de Metz, de Thionville, de Briey et de Mulhouse, d'autres de la région de Commeny, d'autres enfin de la région des Cévennes. Par la suite, seuls les enfants dont le père travaillait dans les régions du ressort de l'Union furent admis. En 1962, également, les *quotients intellectuels limites* autorisant l'admission s'étendaient de 55 à 75 ; ils furent progressivement ramenés à 55-65 afin de se rapprocher des chiffres officiels définissant le débile moyen. Par ailleurs, les limites d'âge à l'entrée furent encore plus sévères et fixées entre 9 et 12 ans, dans le souci de s'assurer, dans tous les cas, même pour les sujets les plus âgés, d'un *séjour minimum de deux ans* à l'Internat : l'expérience ayant révélé aux Educateurs qu'une durée plus courte ne permettait pas l'adaptation de l'enfant à la vie en groupes et interdisait le bénéfice des apprentissages et des acquisitions scolaires, plus lents que chez le sujet normal. *L'entrée des enfants*, qui n'a lieu qu'une fois par an, à la fin du mois d'août, permet l'organisation matérielle d'une *année scolaire normale*, recréant les conditions habituelles de la scolarisation et évitant ainsi à chaque sujet l'impression défavorable d'appartenir à un établissement par trop différent d'une école pour enfants normaux. Après une *période d'observation* de trois mois environ, le jeune déficient mental est admis définitivement sur avis de la Commission Médico-Pédagogique de l'I.M.P. S'il ne paraît pas relever de celui-ci, un placement est recherché, suivant le cas, dans un autre établissement spécialisé ou dans une classe de perfectionnement. Mais, bien souvent, en raison du manque de place, l'enfant sera gardé jusqu'à l'âge de 14 ans.

L'Internat occupe le château lui-même, ancienne demeure de l'époque Renaissance, entouré de jardins et d'un parc de 25 hectares. *Les quatre groupes de vie* d'une quinzaine d'enfants ont été constitués en se référant au degré de développement physiologique. *La répartition suivant le niveau intellectuel a été écartée au profit de celle tenant compte de l'aspect staturo-pondéral* : l'erreur a été ainsi évitée de former des unités trop artificielles parce que trop homogènes, interdisant l'émulation, la multiplicité et la variété des centres d'intérêt et l'activation du rythme des acquisitions, qui doivent être possibles, tout au

moins chez de petits déficients mentaux de moins de 14 ans. Ces groupes, dirigés par un moniteur ou une monitrice, retrouvent chacun à l'Internat leur dortoir, leur salle d'activités et leurs locaux sanitaires, complètement indépendants de ceux de l'unité voisine. Une telle disposition sert évidemment l'éducation de ces enfants, en *recréant l'image du foyer familial*, en leur donnant un sentiment de sécurité, tout en exigeant la discipline et la sociabilité de la vie en groupe. L'Internat, comme la demeure paternelle, abrite encore la salle à manger et la salle de séjour où se réunissent tous les enfants à l'occasion des repas, des jeux et loisirs d'intérieur, évitant ainsi un cloisonnement trop artificiel et trop strict des groupes, préjudiciable à l'affectivité et au comportement de chaque enfant au sein de la communauté.

Car en effet, si l'enfant doit avoir le sentiment *d'appartenir à un groupe* bien structuré de l'Internat, il doit également *savoir s'en détacher*, assurer son autonomie et se préparer à une insertion dans un autre groupe formé d'autres éléments connus ou inconnus, tels que ceux qui l'attendront dans le monde du travail. C'est ce qui est préparé, déjà, chaque jour, à l'I.M.P. de Villeneuve où *quatre classes* ont été constituées, rassemblant les enfants selon leur niveau scolaire et dissociant donc, provisoirement, chaque unité de vie de l'Internat. Quatre instituteurs, dont deux sont titulaires du Certificat d'Aptitude à l'Enseignement des Enfants Inadaptés, enseignent aux 60 enfants. La première classe est, en fait, une section d'initiation à l'apprentissage de la lecture, du calcul, de l'écriture ; la seconde est celle où l'enfant progresse dans la connaissance des mots, des phrases, dans les opérations arithmétiques. Les deux dernières sont réservées aux exercices scolaires, à l'exception de toute autre activité. En effet, les *activités d'expression*, d'éducation gestuelle, d'initiation au maniement des outils, l'éducation physique, la promenade ont des heures réservées, chaque jour, après la classe et avant le dîner ou toute la journée, au moment des congés et des vacances. Ainsi, 11 « ateliers » d'activités manuelles ont été créés, chaque enfant devant choisir librement celui auquel il désire s'intégrer, l'obligation lui étant alors signifiée qu'il doit y « travailler » au moins trois mois. Travaux du bois, du plâtre, du rotin, menuiserie, peinture, pyrogravure, etc., sont proposés à chaque pensionnaire. Un louable effort a été

accompli pour garantir un choix très vaste de possibilités de développement et d'*épanouissement des aptitudes* de chacun.

L'attention au travail ou aux activités manuelles, l'effort et le désir de mieux faire, le comportement en classe et à l'Internat sont observés et *notés quotidiennement* par les Educateurs sur un cahier d'observation et par les Instituteurs sur des fiches individuelles. Ces observations sont confrontées une fois par semaine à l'occasion d'une *réunion de synthèse* organisée à l'initiative du Directeur, où le cas d'une dizaine d'enfants est discuté. Chaque mois, un résumé des appréciations sur l'état physique, sur l'attitude de l'enfant à l'Internat et sur son travail scolaire est adressé aux parents. Ceux-ci peuvent d'ailleurs venir s'entretenir, personnellement, des problèmes que soulève l'éducation de leur enfant.

La surveillance médicale est actuellement assurée par le Médecin neuropsychiatre et par le Médecin généraliste, qui consacrent une demi-journée, tous les quinze jours, à l'établissement. Une Infirmière diplômée D.E. est chargée de veiller à l'exécution des prescriptions et donne les soins courants. Enfin, l'équipe médico-psychologique se complète d'un Psychologue du Centre régional de l'Enfance Inadaptée, qui teste les enfants et suit leur comportement, une fois par semaine. Des contingences matérielles s'opposent, pour le moment, à la présence du Psychiatre et du Médecin généraliste aux réunions de synthèse hebdomadaires, ce qui oblige à leur demander conseil et à leur signaler les enfants à examiner en dehors de ces réunions. Le *dialogue entre les Educateurs* d'une part, *et le Corps Médical* d'autre part, ne peut s'établir que très partiellement, ainsi que la confrontation des observations sur le comportement de l'enfant et des conclusions des examens médicaux, offrant ainsi le risque d'une connaissance incomplète de la personnalité.

Mais ce sont, essentiellement, les problèmes posés par la perspective de *la sortie* et de *la recherche d'un placement* ultérieur qui s'avèrent, pour le moment, les plus difficiles à résoudre. *L'absence de continuité dans l'infrastructure de base* en faveur de la rééducation d'enfants déficients mentaux moyens, dont le but est de leur faire acquérir leur propre autonomie, se retrouve ici avec toute son acuité. Et, à l'image de ce que l'on peut constater à l'étranger, il semble actuellement qu'il ne soit plus possible, dans l'intérêt de l'enfant, comme dans celui d'une

Société qui se trouverait dans l'obligation d'une prise en charge même partielle, de permettre la création d'I.M.P. dont l'action ne se verrait pas *prolongée* dans celle d'un Institut Médico-Professionnel puis dans celle d'Ateliers Protégés ou de Centres d'Assistance par le travail. Aussi, le placement à la sortie de l'Institut de Villeneuve se fait-il suivant les possibilités d'emplois comme apprentis auprès d'artisans ou en usine, d'autres pourraient bénéficier d'une scolarité en Ecole Nationale de Perfectionnement si les possibilités d'accueil le permettaient ; deux garçons purent, en 1964, suivre une année supplémentaire dans une classe pour enfants normaux et obtinrent le Certificat d'Études ; enfin, deux furent placés, en 1965, dans un Etablissement spécialisé pour débiles profonds. Il faut donc *souhaiter* que l'ouverture d'un Institut Médico-Professionnel à Montceau-les-Mines, prenant le relais de Villeneuve, soit une réalité prochaine et qu'une collaboration étroite entre les deux Etablissements se réalise par l'intermédiaire de l'Assistante sociale dont la tâche, dans le service de suite, reste encore assez difficile, en raison de l'incertitude et de l'instabilité du devenir de chaque enfant.

*
* *

De cette étude de l'*équipement départemental pour les débiles légers et moyens*, il est possible de dégager quelques conclusions :

— Si l'on s'en tient aux chiffres officiels de 4,55 % de débiles légers et moyens sur la tranche d'âge de 5 à 19 ans — chiffre qui paraît d'ailleurs faible et atteindrait au moins 5 % — ce n'est *que le quart*, à peine, des besoins qui est satisfait.

— *Tous les établissements existants* — les Classes de Perfectionnement exceptées — sont des *Internats* et sont réservés aux débiles moyens. Il faut reconnaître que, jusqu'à maintenant, — et cette remarque pourrait s'appliquer à presque tous les types d'Internats — l'implantation de ces Instituts Médico-Pédagogiques n'a, peut-être, pas suffisamment *tenu compte de certains facteurs* qui apparaissent, avec le recul de quelques années, comme déterminants. C'est, outre la nécessité d'un terrain d'assiette suffisamment étendu, surtout la proximité d'une ville

assez importante qui doivent motiver le choix de l'implantation, et ceci pour plusieurs raisons :

— facilités de communications avec les cantons environnants qui permettent aux familles de rester en contact avec leurs enfants ;

— l'établissement doit pouvoir recourir aisément aux différents Spécialistes ;

- facilités de recrutement du personnel enseignant, éducatif ou de service ;

— établissement de relations avec les enfants de l'extérieur.

Dans de nombreux cas, l'organisme promoteur a jugé plus rentable d'acquérir une propriété isolée et d'y installer un I.M.P. après avoir fait effectuer les transformations et constructions nécessaires. Ce système n'est pas à rejeter a priori, mais les défauts en sont évidents : éloignement des centres urbains, difficultés des communications, peu de relations avec l'extérieur, toutes conditions qui isolent la communauté et lui imposent une vie un peu artificielle, « en vase clos ».

— *La scolarisation de ces déficients intellectuels* n'est encore que *très partielle*, malgré le très important effort consenti par l'Education nationale et, plus particulièrement sur le plan local, par M. l'Inspecteur Primaire de Dijon-Plaine. Ce déficit est plus important, proportionnellement, dans le reste du département qu'à Dijon même. L'ouverture d'une Ecole nationale de Perfectionnement, complétant les Classes annexées aux Groupes scolaires, serait souhaitable.

— *La question de la création d'Instituts Médico-Professionnels* demeure non résolue. Le débile moyen est un handicapé sur plusieurs plans : intellectuel, psychomoteur et adaptabilité sociale. Un apprentissage professionnel adapté est donc nécessaire. Cependant, il ne paraît pas souhaitable de prévoir, pour ces adolescents, des Internats spéciaux qui rendraient encore, par la ségrégation qu'ils engendreraient, plus difficile l'insertion sociale. La formule de l'Externat ou du Semi-Internat, plus que l'Internat, doit permettre, dans les meilleures conditions, la formation professionnelle et préparer la réintégration sociale. Un foyer pourrait d'ailleurs faire suite à ces Externats.

II. — Débiles profonds (Q.I. : 30-50)

Les débiles profonds, au Q.I. compris entre 30 et 50, sont classés comme *partiellement éducatibles* pour d'autres critères que des critères scolaires, car ils n'acquièrent, pour la plupart, ni la lecture, ni l'écriture. Leur langage reste rudimentaire. Ils sont, au plus, capables de gestes simples de la vie quotidienne pour assurer leur hygiène, l'entretien de la maison et de son environnement. Ils sont capables, également, d'une activité gestuelle simple qui ne demande pas d'initiations ou d'adaptations fréquentes.

Le problème de l'éducation des enfants inadaptés se résume à aider chacun d'eux, par une thérapeutique et une pédagogie aussi individualisées que possible, à *s'adapter à la Société*. Pour les enfants débiles profonds, le problème est inverse. Il consiste à *adapter la Société* à ces enfants en recherchant la création d'un milieu adapté à leurs possibilités réduites, milieu non fermé sur lui-même, mais ouvert sur le milieu social ambiant. Leur réinsertion sociale doit être collective et individuelle.

L'Internat, qu'il s'agisse d'un Institut Médico-Pédagogique pour les enfants de moins de 14 ans, ou d'un Institut Médico-Professionnel pour les adolescents de plus de 14 ans, doit constituer un milieu de vie adapté aux débiles profonds. Il doit être adapté à leurs possibilités réduites dont l'épanouissement sera facilité par l'appel, dans leur vie courante, à leurs facultés sensorielles, aux gestes, aux interréactions des facultés psychiques et motrices. Des unités de vie familiale autonomes, de petites classes, de petits ateliers permettent d'individualiser cette éducation et les traitements et de donner cette atmosphère familiale dont ils ont besoin et dont ils ne se dégageront pas comme un autre enfant à leur adolescence. Mais ce milieu ne sera pas fermé. L'I.M.P. ou l'I.M.Pro sera ouvert sur sa localité, ses pensionnaires participeront dans une certaine mesure à sa vie sociale.

Le Semi-Internat pourrait, cependant, être le régime applicable à près de la moitié des Instituts Médico-Pédagogiques et Médico-Professionnels à prévoir en Côte-d'Or. Des Semi-Internats implantés dans les quartiers résidentiels pourraient être créés

dans les principales villes du département. Les Internats ont l'avantage d'assurer une rééducation de tous les instants mais ont l'inconvénient de distendre les liens de l'enfant avec sa famille qui, parfois, s'en désintéresse peu à peu.

Les Foyers d'Accueil et les Ateliers d'Assistance par le Travail doivent succéder aux I.M.P. et aux I.M.Pro. Il est à envisager qu'ils soient plus nombreux que les I.M.P. car ils devront accueillir les débiles pendant toute leur vie.

Le département de la Côte-d'Or dispose, actuellement, de 5 I.M.P. et de 2 I.M.Pro pour débiles profonds semi-éducables, et d'une section d'adaptation au travail pour 8 adolescents, section rattachée à l'I.M.Pro de Chenôve. Très prochainement, un Atelier d'Assistance par le Travail avec Foyer d'Accueil à vie doit ouvrir à Savigny-lès-Beaune.

Les établissements existants sont les suivants :

— Les I.M.P. :

— Foyer des Jeunes de Nolay : 36 garçons : Internat ;

— I.M.P. boulevard Carnot, à Dijon : 12 garçons, 12 filles : Semi-Internat ;

— I.M.P. de Fontaine-lès-Dijon : 15 garçons, 15 filles : Semi-Internat ;

— I.M.P. « La Source », à Beaune : 10 garçons, 10 filles : Semi-Internat ;

— I.M.P. « Le Petit Versailles », Châtillon-sur-Seine : 42 garçons et filles : Internat et Semi-Internat.

— Les I.M.Pro :

— I.M.Pro « Le Sarment », à Beaune : 13 garçons, 12 filles : Semi-Internat ;

— I.M.Pro de Chenôve : 24 garçons, 24 filles : Semi-Internat.

Les instituts médico-pédagogiques .

LE FOYER DES JEUNES DE NOLAY.

Le « Foyer des Jeunes » de Nolay est, en fait, un *Institut Médico-Pédagogique* acceptant, en Internat, des garçons d'âge scolaire, *débiles profonds semi-éducables* au Q.I. compris entre 0,30 et 0,50 environ. Géré par l'Union des Sociétés Mutualistes de la Côte-d'Or, il fut installé en 1959 dans les locaux d'une

ancienne propriété ayant appartenu, autrefois, à M^{me} de Rochefort-Lavirotte, qui en fit don à la ville de Nolay pour accueillir des fillettes orphelines. A partir de 1947, l'Etablissement hébergea une trentaine de filles de 6 à 14 ans, adressées par l'Assistance Publique, débiles moyennes ou caractérielles, originaires de la Côte-d'Or et des départements limitrophes. Des classes de perfectionnement étaient annexées à cet Internat. En 1957, celui-ci fut transféré à Montmoyen, laissant vacante la propriété de Nolay. Après la réalisation de travaux d'aménagement, l'I.M.P. pour déficients intellectuels profonds ouvrait ses portes en avril 1959 avec une capacité de 36 lits qui est restée inchangée.

Les enfants, dépistés par divers services sociaux, les consultations d'Hygiène Mentale ou par les Médecins généralistes ou neuropsychiatres, sont admis définitivement après une *période probatoire* de trois mois. Dès l'entrée, un dossier complet est constitué, consignait les renseignements d'ordre médical, les résultats d'un examen psychologique et complété par une enquête sociale. *L'enfant est examiné* par le Médecin psychiatre qui consacre deux après-midi, chaque mois, à l'Etablissement. Un Médecin généraliste assure la surveillance médicale sur le plan somatique, l'exécution des prescriptions et les petits soins étant donnés par une infirmière à plein temps. Enfin, un Psychologue du Centre régional de l'Enfance inadaptée voit les enfants une fois par semaine.

Les garçons sont répartis en *trois groupes de vie* de 12. Cependant, aux heures d'activités manuelles, 4 ou 5 petits groupes peuvent être formés. Les enfants sont encadrés par 7 Educateurs ou Educatrices. *Deux Classes* dites « de Perfectionnement » ont été ouvertes. *Une telle expérience* mérite d'être suivie quant aux résultats que l'on peut en attendre, puisque de telles classes sont généralement réservées à des débiles dont le Q.I. se situe entre 0,50 et 0,75. A la lumière d'une expérience de près de trois ans, il apparaît que s'il est possible dans la plupart des cas de développer la maîtrise corporelle et l'habileté gestuelle afin d'assurer, au départ, une éducation psychomotrice de base, *les apprentissages* et, a fortiori, *les acquisitions scolaires* demeurent, en revanche, *très partiels* et le travail de l'instituteur spécialisé se résume bien souvent à l'éducation manuelle, au dessin, à l'étude du milieu ambiant et aux exercices de vie pratique. Cependant, *l'instituteur spécialisé* est

certainement beaucoup plus compétent que l'éducateur ou la monitrice pour réaliser une telle pédagogie d'attente, puis pour aborder, avec les enfants ayant atteint un degré de maturité suffisant, les apprentissages scolaires. C'est, en effet, à l'instituteur qu'il revient, par exemple, d'initier à la lecture l'enfant déficient, en prenant appui sur tous les modes d'expression spontanée, initiation qui devra être liée aux centres d'intérêt de l'enfant.

La rééducation à l'Internat de Nolay revêt *deux aspects* : le temps de *la classe* pendant lequel l'enfant améliore ses moyens d'expression par l'apprentissage et le perfectionnement de la relation verbale, tout au moins pour les plus perfectibles, par la rééducation gestuelle, et enfin par la scolarité proprement dite ; et le temps de *l'éducation motrice* dans les diverses activités de la vie courante, qui tend à aider l'enfant à se prendre en charge. Dans cette perspective, outre les classes, des activités manuelles telles que la vannerie, le travail du bois et le jardinage sont organisées. Cependant, *l'Internat ne reste pas fermé sur lui-même*, il s'ouvre autant que possible sur le monde extérieur, à l'occasion de travaux à effectuer dans la campagne environnante, de sorties en période de vacances ou, encore, lors des visites des parents, deux dimanches chaque mois.

L'observation continue des enfants est complétée par des *réunions de synthèse*, une fois par semaine, entre Educateurs et Instituteurs. Il conviendrait, à ce sujet, que le Médecin généraliste et le Neuropsychiatre puissent participer plus fréquemment à de telles réunions. Mais l'action éducative semble, actuellement, limitée par l'impossibilité de placer les enfants de plus de 14 ans, en l'absence d'Institut Médico-Professionnel pour débiles profonds fonctionnant en Internat. En effet, la présence de garçons de 16 à 17 ans, parmi une population d'enfants de 6 à 14 ans, expose au risque de difficultés dans les relations affectives entre les membres relevant normalement du groupe d'une part, et ces quelques sujets trop âgés d'autre part : les possibilités d'acquisition, les centres d'intérêt n'étant plus les mêmes, les adolescents se replient sur eux-mêmes, se refusent à l'effort et, peu à peu, se désintéressent de la classe ou des activités manuelles.

Aussi, *la création d'un I.M.Pro* paraissait-elle particulièrement souhaitable dans la perspective d'une éducation de l'enfant

puis de l'adolescent débile profond. Cette nécessité n'a pas échappé aux promoteurs du Centre de Nolay. Dès 1960, en effet, l'Union des Sociétés Mutualistes de la Côte-d'Or s'était inquiétée de créer un établissement pouvant accueillir, en Internat, les enfants sortant de Nolay. Mais les modifications de conception du futur établissement, les formalités d'inscription au IV^e Plan d'Equipement, les difficultés de financement ont reculé la date de son ouverture, laquelle ne saurait avoir lieu avant trois ou quatre ans. Dans ces conditions, il fut décidé de créer à Nolay une section des Grands fonctionnant en I.M. Professionnel provisoire, pouvant recevoir 12 garçons à partir de 14 ans, les locaux comprenant deux chambres de 9 et 3 lits, une salle de séjour, une salle à manger et une salle d'activités. Comme à l'I.M.P. proprement dit, les salles d'activités ne pourront encore être situées dans un bâtiment séparé des dortoirs et salles de repos. Un Internat étant, par définition, un milieu de vie artificiel assez fermé, où les habitudes et la discipline intérieure, par ailleurs nécessaire, s'opposent souvent à recréer l'ambiance du milieu familial, *la nécessité d'adapter les locaux* et de les disposer à l'image des habitations pour sujets normaux n'en est que plus impérieuse. Un tel souci de l'aménagement d'un Internat peut faciliter l'adaptation du déficient mental en particulier, à l'occasion d'un placement futur en foyer ou en atelier d'assistance par le travail.

L'Institut Médico-Pédagogique de Nolay était le seul Internat pour déficients intellectuels profonds ; il apparaît que *la création, en Côte-d'Or, de nouveaux lits* soit particulièrement pressante, comme en font foi en 1965 les 150 demandes d'admission originaires du département. C'est à ce besoin que répond l'ouverture de l'I.M.P. du « Petit Versailles » à Châtillon-sur-Seine qui accueillera, outre 20 garçons et filles en demi-pension, une vingtaine de garçons en Internat.

L'INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE POUR DÉBILES PROFONDS, 28, boulevard Carnot, à Dijon.

L'Institut Médico-Pédagogique pour *débiles profonds*, géré par le Centre Régional de Bourgogne pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées (C.R.B.E.A.I.) est situé 28, boulevard Carnot, à Dijon. Il reçoit, depuis juin 1963, date de sa création, en Semi-

Internat, 25 enfants des deux sexes d'âge scolaire, c'est-à-dire de 6 à 14 ans, originaires de Dijon et de la région dijonnaise.

L'Etablissement accepte des déficients mentaux au Q.I. compris entre 35 et 55, présentant également très fréquemment des *troubles moteurs* ou *psychomoteurs associés*. Seuls les enfants dont la marche est très difficile ne sont pas admis.

A l'exception des cas où il aura été adressé par une consultation spécialisée, *l'enfant est convoqué pour un examen somatique* assuré par le Pédiatre et *neuropsychique* par le Médecin neuropsychiatre qui exerce au C.R.B.E.A.I. Le Psychologue est chargé des tests de niveau. C'est à la suite de ce bilan que l'admission est prononcée et la prise en charge demandée aux organismes sociaux.

Dès son entrée, l'enfant est intégré, suivant son âge réel, à l'un des deux groupes de vie : le premier, celui des « petits », réunit 15 sujets de 6 à 10 ans encadrés par une jardinière d'enfants spécialisée et une aide-éducatrice. Le groupe des « grands » rassemble autour de l'Educatrice-chef, qui dirige l'I.M.P., et d'une Educatrice stagiaire, une dizaine d'enfants de 11 à 14 ans.

L'essentiel de l'action éducative entreprise dans cet I.M.P., comme dans les établissements semblables, vise à donner aux enfants une certaine *autonomie matérielle* pour les actes élémentaires de la vie courante, en faisant toutefois la réserve que cet *apprentissage* est, peut-être, *moins poussé dans un Semi-Internat* que dans un Internat : l'Educatrice n'étant pas aux côtés de l'enfant au moment du coucher, du lever ou de la toilette pour montrer le geste, répéter des exercices divers qui tendent à développer les fonctions sensorielles, la motricité, le schéma corporel. Les activités d'expression telles que le dessin, le modelage, la peinture alternent avec la rééducation du langage pour les plus perfectibles, la correction des troubles de la phonation, du rythme, de la latéralisation, de la construction de la phrase et, éventuellement, avec les associations d'idées.

Peut-être faut-il regretter que les *locaux exigus*, en particulier en ce qui concerne les salles de repos où le Kinésithérapeute donne également ses leçons de rééducation motrice deux fois par semaine, soient peu adaptés aux exercices d'équilibre, d'adresse, à l'éducation du contrôle gestuel et du rythme dans le geste.

Les parents, dont il faut s'efforcer de s'assurer la collaboration en cas de placement de l'enfant dans un Semi-Internat, ont la possibilité de s'entretenir un après-midi par semaine avec le Médecin neuropsychiatre de l'établissement. Par ailleurs, tous les trois mois, un bulletin leur est envoyé, résumé des observations et des conclusions d'une *réunion trimestrielle* entre les Educatrices, les Médecins et le Psychologue.

A leur sortie, les enfants sont placés normalement à l'*I.M.Pro de Chenôve*. Mais, depuis sa création en 1963, l'I.M.P. a orienté également un enfant vers une classe de perfectionnement, et deux ont été rendus à leur famille.

Si l'effectif de 25 places peut paraître encore très insuffisant en regard des besoins découlant de l'agglomération urbaine de 160 000 habitants, il ne semble pas logique, actuellement, d'accroître les possibilités d'accueil tant que *le prolongement de la rééducation*, sous forme d'un Institut Médico-Professionnel, ne sera pas assuré pour un effectif supérieur. Aussi, compte tenu de la limitation à 50 places de l'I.M.Pro de Chenôve, la création d'un I.M.Pro à La Montagne Sainte-Anne apparaît-elle comme particulièrement heureuse.

L'INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE FONTAINE-LÈS-DIJON, 109, chemin Saint-Martin, Fontaine.

L'« *Association d'Aide à l'Enfance Inadaptée* », d'inspiration *privée*, avait été créée le 10 octobre 1960 dans l'intention d'ouvrir un Institut Médico-Pédagogique pour des enfants « mentalement déficients », originaires du département de la Côte-d'Or.

Après un certain nombre de difficultés matérielles relatives à l'acquisition d'une propriété, l'*Institut Médico-Pédagogique* ouvrait ses portes dans des locaux provisoires en novembre 1961. En effet, ce n'est que le 20 novembre 1962 que l'Institut obtenait l'agrément de la Sécurité Sociale et, en 1965, d'importants travaux donnaient à l'établissement sa physionomie définitive.

L'Institut Médico-Pédagogique est situé 109, chemin Saint-Martin, sur la commune de Fontaine-lès-Dijon. Il accueille officiellement, en Semi-Internat, 30 enfants des deux sexes, de 4 à 14 ans, *débiles profonds* au Q.I. compris entre 30 et 50. C'est un établissement de création et à gestion privées.

Fonctionnant en Semi-Internat et situé dans une commune de l'agglomération dijonnaise, l'I.M.P. n'accepte donc, en fait, que des enfants originaires de Dijon ou de sa banlieue.

Les nouveaux aménagements effectués en 1965 ont permis de rendre les locaux *conformes* aux normes officielles, tout en conservant *le caractère familial* d'un établissement à effectif réduit où chaque enfant doit avoir l'impression de se « sentir chez lui », dans un cadre qui ne le dépayse pas et, surtout, qui n'est, en fait, que le *prolongement de son milieu de vie habituel*. Ce double but semble bien avoir été atteint dans cet I.M.P. où, toutefois, la relative exigüité des surfaces disponibles apportait une difficulté supplémentaire. C'est ainsi qu'une salle « scolaire » a été réservée pour les « moyens » et les « grands » ; des salles d'activités manuelles, sensorielles et motrices, où les activités sont planifiées ou non suivant une progression établie — une de ces salles n'est d'ailleurs occupée que par les « petits » — ; une salle spéciale a été réservée, et cela semble particulièrement judicieux pour certains enfants, à des leçons individuelles ; enfin, existent également un local de kinésithérapie où sont données des leçons de rééducation psychomotrice, et une salle à manger où tous les enfants prennent ensemble leurs repas avec les Educatrices.

Le personnel est particulièrement nombreux puisque 8 Educatrices et la Directrice, elle-même Educatrice, encadrent les 30 enfants. Une Kinésithérapeute assure la *rééducation psychomotrice* deux fois par semaine et travaillera à temps complet à la rentrée 1966. Une Psychologue fait passer, éventuellement, des tests de niveau à l'entrée et suit le comportement de l'enfant pendant son séjour. Quant au Médecin, il assure, à la fois, la surveillance somatique et psychique des enfants, à raison d'une demi-journée par semaine. L'Infirmière, à plein temps, veille aux petits soins quotidiens et aux prescriptions thérapeutiques.

Les enfants sont adressés par les Médecins de la ville, généralistes ou pédiatres, les Médecins scolaires, les Commissions Médico-Pédagogiques de l'Académie de Dijon, les Services sociaux ou les parents eux-mêmes. Ils peuvent avoir été vus en consultations spécialisées : Consultations de Neuropsychiatrie Infantile et de Pédiatrie de l'Hôpital de Dijon, Consultations d'Hygiène Mentale de Dispensaire et Médico-Psychologique de

la S.N.C.F. Quoi qu'il en soit, et afin de constituer si possible un dossier complet comportant les renseignements médicaux proprement dits, familiaux et sociaux et un bilan psychologique, l'enfant sera adressé à une *consultation spécialisée avant d'être admis*, sauf évidemment dans le cas où c'est l'équipe de ces consultations qui a demandé le placement.

Dès l'entrée, et compte tenu de son âge et de ses possibilités intellectuelles, *l'enfant est intégré au groupe*. La période d'adaptation est très variable suivant les sujets mais, bien souvent, il n'est possible de formuler un avis pour décider ou non de la prolongation du séjour qu'après un an. *Cette période d'observation peut paraître longue*, mais il ne faut pas oublier que ces enfants déficients intellectuels profonds présentent aussi des troubles plus ou moins graves du comportement : ces troubles, qui peuvent s'accuser les premières semaines ou les premiers mois et dont l'aggravation est consécutive au changement des habitudes de vie et aux nouvelles relations affectives, ne doivent pas induire en erreur le jugement que l'on serait amené à porter sur l'adaptation de l'enfant à la vie de l'I.M.P. Cette difficulté semble avoir été surmontée partiellement par cette longue période d'observation qui est mise en œuvre dans cet établissement. D'autre part, le débile mental, s'il conserve des besoins semblables à ceux des enfants de son âge, peut aussi ressentir d'autres besoins correspondant à un degré inférieur : *le psychisme du déficient mental* est parfois une *combinaison dysharmonique* des différentes composantes de sa personnalité. Aussi, l'ambition de la rééducation étant d'éduquer la personnalité dans tous ses aspects, la nécessité d'un bilan de la motricité, du langage, du comportement est-elle évidente. Ce bilan ne pourra être établi que par une observation prolongée. Au terme de cette observation, *la Commission Médico-Pédagogique* de l'établissement, réunissant le Médecin, la Directrice, la Psychologue, *décidera l'admission définitive*.

Tout au long de son séjour, l'enfant sera suivi régulièrement par toute l'équipe médico-psychologique. Deux fois par semaine au moins, les Educatrices se réunissent pour faire le point des progrès de l'enfant, recherchant de possibles raisons d'un palier dans sa progression ou d'une dégradation de son évolution psychique. Une fois par semaine, le Médecin sera amené à voir quelques enfants qui lui sont signalés par la Directrice.

Le Médecin, à chacune de ses vacations, examine d'abord l'enfant seul, après avoir pris connaissance du dossier et, plus particulièrement, des observations de l'Educatrice responsable. Puis, il s'entretient avec les parents et leur demande de préciser les antécédents de l'enfant, son comportement dans le milieu familial. C'est à cette occasion que le Médecin tente de conseiller la famille, mais il faut bien reconnaître que, si presque tous les parents sont empreints du désir de bien faire, *très peu sont réellement réceptifs aux conseils* prodigués, et ils sont persuadés, même à tort, que leur attitude éducative est encore la meilleure et qu'ils « font tout ce qu'ils peuvent ». C'est encore à l'occasion de ces visites que le Médecin peut donner quelques directives à l'Educatrice et observer le comportement de l'enfant dans les salles scolaires ou d'activités. Cependant, il conviendrait que cette *présence du Médecin* au sein de l'Institut soit *plus fréquente* et qu'elle débouche sur une *appréciation de l'éducation pratiquée*. C'est à ce prix que les Educatrices auraient une notion plus précise et plus juste de la valeur de leur rééducation. L'idéal serait, à cet égard, que le Médecin fasse partie intégrante de l'équipe éducative et vive la vie de l'Institut, pour étudier le comportement de l'enfant « sur le vif » et non pas seulement en cabinet médical où son attitude ne sera, le plus souvent, qu'un simple reflet de ce qu'il est habituellement.

Les parents, qui représentent le deuxième pôle de la rééducation, surtout lorsque l'enfant est placé en Semi-Internat, sont *étroitement associés à l'éducation* entreprise à l'I.M.P. Ils sont convoqués chaque fois que le Médecin examinera leur enfant. Ils ont également la faculté de s'entretenir, quand bon leur semble, avec les Educatrices et la Directrice. Des réunions collectives de parents sont d'ailleurs organisées chaque année. Jusqu'à présent, ces réunions ont eu pour but essentiel d'*informer les familles*, d'expliquer ce qui était tenté dans l'établissement, de faire découvrir les difficultés de l'éducation des déficients intellectuels profonds et les nombreuses causes d'insuccès. Cette tâche d'information, qui dissipait de fausses illusions, était certainement utile avant d'entrevoir une autre forme de réunion de parents où un *véritable dialogue* pourrait s'engager entre ces derniers et les Educatrices. D'autre part il conviendra, à l'avenir, de rassembler les parents dont les enfants ont un déficit comparable ou très voisin : une certaine unité de vue dans les conclusions éducatives s'en dégagerait plus facilement.

A leur sortie de l'I.M.P., les enfants sont adressés à l'Institut Médico-Professionnel de Chenôve qui est, actuellement, le seul fonctionnant en Semi-Internat pour l'agglomération dijonnaise. Ceux pour lesquels il n'a pas été possible de retenir une place, se voient confiés à nouveau à leur famille. Et l'on peut alors se poser la question du *devenir de ces enfants* chez lesquels de très faibles progrès ont demandé des mois ou des années de rééducation : qu'il s'agisse de la relation verbale et de l'éducation motrice dans les diverses activités de la vie courante, ou qu'il s'agisse des possibilités d'exercer et d'épanouir des capacités naturelles d'expression et surtout de se prendre en charge eux-mêmes, tout au moins par l'acquisition d'une autonomie matérielle. Cette grave situation a été le principal souci des membres de l'Association d'Aide à l'Enfance Inadaptée et de la Directrice de l'I.M.P. du chemin Saint-Martin.

Aussi, le *projet d'un Institut Médico-Professionnel* a-t-il pu voir le jour grâce à l'esprit d'entreprise et à la persévérance de chacun et malgré les trop nombreuses formalités administratives. Cet établissement, qui sera créé au château de Vesvrottes, à Beire-le-Châtel, accueillera en Internat, dans sa réalisation définitive, 90 enfants, garçons et filles, de 14 à 20 ans, débiles profonds.

Toutefois, une *première section* pouvant recevoir 30 enfants — 15 garçons et 15 filles — sera installée dans de nouveaux locaux à construire. Ceux-ci, particulièrement spacieux, permettront l'ouverture de trois ateliers où les activités manuelles à proposer aux adolescents ne sont pas encore choisies. Une salle de rééducation motrice, une salle de jeux et une salle de classe compléteront les locaux de jour. La nuit, deux dortoirs séparés, pour garçons et filles, accueilleront chacun 15 pensionnaires. Il aurait peut-être été préférable que l'Internat proprement dit fût séparé des ateliers et salles de rééducation afin de s'apparenter aux conditions de la vie sociale habituelle. Mais cette considération est moins importante quand il s'agit de débiles profonds dont la *réinsertion future dans un milieu de vie normale est exceptionnelle*. Cette intégration sociale et professionnelle n'est donc plus, pour cette catégorie d'inadaptés, le but à atteindre ; ce serait plutôt un certain degré d'autonomie matérielle, une prise en charge tout au moins partielle, un certain sens des responsabilités. L'éducation de ces 30 enfants sera

la tâche de 6 Educatrices dont deux diplômées, et de deux Moniteurs techniques. Un Instituteur spécialisé, possesseur du Certificat d'Aptitude à l'Enseignement des Inadaptés (C.A.E.I.) aura la charge de la classe, tandis qu'une Kinésithérapeute entreprendra la rééducation psychomotrice à raison de six heures par semaine. L'équipe médico-psychologique comprendra le Médecin psychiatre, la Psychologue, l'Infirmière et l'Assistante sociale.

L'Institut Médico-Pédagogique de Fontaine-lès-Dijon, établissement dont la création et la gestion sont à *l'honneur de l'initiative privée*, apparaît désormais comme *le premier élément d'un ensemble* de rééducation pour déficients intellectuels profonds : prochainement, un Institut Médico-Professionnel assurera le relais pour les enfants de plus de 14 ans. Certains traits originaux de la rééducation qui y est dispensée telle l'importance accordée à la rééducation psychomotrice et l'institution de leçons particulières, les relations étroites que la Directrice tente de nouer avec les familles, sont autant d'éléments qui donnent à cet I.M.P. la valeur d'un exemple sur ce qu'il est possible de faire dans le cadre d'un petit établissement, fonctionnant en Semi-Internat, pour débiles profonds d'âge scolaire.

L'expérience de quelques années de fonctionnement fait émettre l'hypothèse qu'une spécialisation des Educatrices serait vraisemblablement utile ; mais cette spécialisation ne devrait intervenir qu'en fin d'études et après plusieurs stages dans des établissements pour inadaptés mentaux, physiques et caractériels. Un avis médical plus spécialisé, pour conseiller l'Educatrice et diriger le sens de sa rééducation, serait également souhaitable. Enfin, une rééducation plus précoce, bien avant l'âge de 4 ans et axée sur l'éducation gestuelle et les exercices sensoriels, devrait faciliter, dans une certaine mesure, la tâche des Educatrices.

Toutefois, les résultats obtenus sont très difficiles à juger et, en tout état de cause, *les critères ne sont pas les mêmes* que ceux auxquels on se réfère, parfois, pour faire état des succès enregistrés dans les établissements recevant des déficients intellectuels légers ou même moyens.

LE CENTRE ÉDUCATIF « LA SOURCE » (I.M.P. POUR DÉBILES PROFONDS, A BEAUNE).

En 1960, l'« *Association des Papillons Blancs* » ouvrait à Beaune, rue Henri-Dunant, un *Institut Médico-Pédagogique*, dénommé « Centre Educatif La Source ». Cet Etablissement accueille en Semi-Internat des enfants des deux sexes, de 6 à 14 ans, *débiles profonds* dont le Q.I. doit être, théoriquement, inférieur à 60. En fait, actuellement, les 20 enfants ont un quotient intellectuel qui se situe au-dessous de 50-55. Cet Institut a pris le relais de « leçons individuelles de rééducation » qui avaient été organisées à l'initiative de l'actuel animateur régional, pour la Bourgogne, des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés. La Directrice est également Educatrice spécialisée.

Le Centre fonctionnant en *Semi-Internat* ne peut donc recevoir que des sujets dont les parents résident à Beaune même ou dans la région beaunoise. Toutefois, des *familles d'accueil* ont été sollicitées et ont bien voulu héberger des enfants dont les parents, trop éloignés, ne pouvaient chaque jour effectuer le déplacement jusqu'à Beaune.

Les enfants sont adressés par les Consultations d'Hygiène Mentale, en particulier celle qui est donnée une fois par mois à Beaune ; par divers Services sociaux, des Médecins ou encore à la demande des parents.

L'admission pour une période d'essai de 3 à 6 mois est prononcée après avis des Educateurs et des deux Médecins de l'Etablissement qui décident, en fonction des constatations de leur examen, des éléments de l'enquête sociale, des investigations psychologiques, si l'enfant est bien justiciable d'une rééducation telle qu'elle est pratiquée dans ce Centre.

Dès lors et suivant son niveau mental, l'enfant sera *intégré à l'un des trois groupes de vie*. Ceux-ci, très réduits, ne rassemblent que six ou sept sujets. Un effectif limité, se composant de petits groupes, dirigé par trois Educateurs et évoluant dans des locaux judicieusement proportionnés, permet de donner à l'Etablissement un *caractère familial* qui évite les chocs affectifs que l'enfant pourrait éprouver quotidiennement à l'occasion des passages du milieu familial à celui de l'Institut, et réciproquement. De plus, une telle conception autorise également les Educateurs à avoir une connaissance plus précise du caractère, des

déficiences et des possibilités de l'enfant, puis de la progression de ses acquisitions et de l'évolution de son comportement au sein du groupe.

Cette étude de la personnalité de chaque enfant est d'ailleurs approfondie au cours de *réunions de synthèse* hebdomadaires, entre Educateurs, qui complètent l'observation continue : celle-ci s'applique, en outre, à suivre le développement staturo-pondéral, à évaluer le nombre et le type des acquisitions, à étudier les réactions de l'enfant vis-à-vis des autres et son comportement en général.

Cependant, une telle conception du milieu de vie, recherchant à recréer l'atmosphère familiale, s'exposait à un double écueil : d'une part, existait le risque d'un *cloisonnement* trop rigoureux entre les trois groupes, source de conflits affectifs et pouvant donner une impression de *dévalorisation* pour les enfants affectés au groupe de niveau intellectuel le plus bas ; ce problème a été facilement résolu en « *ouvrant* » *les groupes*, en organisant des réunions communes pour certaines activités, en les réunissant à l'occasion des repas et des heures de délassement. D'autre part, il était essentiel d'éviter de créer une *dualité des milieux d'accueil* entre celui de l'Institut et celui, plus naturel, de la famille : cette dernière difficulté a pu être écartée grâce à des relations assez étroites établies entre le personnel éducateur et *les familles*. En effet, chaque trimestre, un bulletin, résumé des observations médicales et psycho-pédagogiques, est envoyé à la famille. Mais, surtout, celle-ci peut prendre directement contact avec l'équipe éducative et se faire exposer le travail entrepris au Centre.

L'enfant, dont le développement est suivi sur le plan somatique, une fois par semaine, par un Médecin généraliste de Beaune, et sur le plan psychique par un Neuropsychiatre de Dijon, sera *orienté à sa sortie*, en tenant compte des aptitudes révélées au cours des activités sensorielles, gestuelles et d'expression, et des déficiences persistantes, soit vers des classes de perfectionnement pour les plus évolués, soit, et c'est le cas le plus fréquent, vers l'*Institut Médico-Professionnel* voisin, *géré par la même Association*.

La continuité de la rééducation au sein du même groupe, composé des mêmes camarades, évoluant dans un local connu avec des Educateurs qui lui sont familiers, revêt pour le déficient

mental profond une importance que l'on semble ne pas vouloir admettre. Il apparaît, en effet, *illusoire* de prétendre que les débiles profonds pourraient *bénéficier de changements d'établissements*, comme ce peut être le cas pour les déficients légers. *La désorientation* qui s'en suivrait et la trop longue période d'adaptation à un nouveau milieu de vie n'ont pas de contrepartie heureuse. Chez le débile profond, en effet, l'instabilité caractérielle, l'irrégularité dans le rythme des acquisitions peuvent facilement être aggravées par le passage d'un établissement connu à un autre inconnu où les locaux, le personnel éducatif, les autres enfants lui sont étrangers.

Le Centre Educatif « La Source » qui s'assure, par ailleurs, du concours à la vacation d'un Kinésithérapeute et d'une Psychologue, apparaît ainsi comme un Institut Médico-Pédagogique dont le fonctionnement en Semi-Internat répond particulièrement bien aux besoins d'une agglomération urbaine de moyenne importance. Cependant, compte tenu du petit nombre de familles d'accueil, la création d'un *foyer* destiné aux enfants dont les parents sont éloignés et ne possèdent pas de famille dans la région de Beaune, serait à envisager : il permettrait également de recevoir certains adolescents de l'Institut Médico-Professionnel.

L'INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE « LE PETIT VERSAILLES », A CHATILLON-SUR-SEINE.

L'Institut Médico-Pédagogique « Le Petit Versailles » a ouvert ses portes le 15 septembre 1966, à Châtillon-sur-Seine.

Cet Etablissement, créé à l'initiative de l'*Union des Sociétés Mutualistes de la Côte-d'Or*, répondra, au moins en partie, aux nombreuses demandes de placement *d'enfants déficients intellectuels profonds*, dont les parents résident dans le Nord de la Côte-d'Or. En effet, si la région dijonnaise et le Sud du Département possédaient déjà des Internats ou Semi-Internats, rien n'existait encore pour cette catégorie d'enfants, au Nord de Dijon.

L'I.M.P. accueille 42 enfants d'âge scolaire :

— en Internat : 22 garçons débiles profonds, âgés de 6 à 12 ans à l'entrée ;

— en Semi-Internat : 20 garçons et filles, débiles profonds, de 6 à 12 ans également.

Les critères d'admission sont fondés, d'une part, sur le Quotient Intellectuel qui doit être compris entre 30 et 50 avec une marge de plus ou moins 5 % ; d'autre part, sur l'absence de troubles associés : déficiences physiques ou sensorielles, état psychiatrique.

Le recrutement est régional : en effet, des enfants originaires du Nord de la Côte-d'Or comme ceux provenant du Sud des départements limitrophes, jusqu'à une distance de 80 kilomètres, peuvent être admis. Ainsi, il est à souhaiter que les contacts entre parents et Educateurs soient plus étroits et les visites de la famille plus fréquentes.

En priorité, sont acceptés les enfants dont les parents sont mutualistes.

Les enfants sont adressés par les Consultations d'Hygiène Mentale essentiellement, qui établissent un dossier si possible complet pour chaque enfant, avec enquête socio-familiale, tests psychologiques, examen médical. Ce mode d'admission évite, dans la majorité des cas, qu'un enfant soit mal orienté et doive, par la suite, quitter l'établissement parce qu'il ne répondant pas aux critères d'entrée. Mais peuvent également proposer le placement : le Médecin de la Consultation de Neuropsychiatrie infantile du C.H.R. de Dijon, les Services d'Aide sociale à l'Enfance, le Service social de la S.N.C.F. et même les parents, de leur propre initiative.

L'admission est prononcée, sur dossier, par la Commission Médico-Pédagogique de l'établissement. Celle-ci comprend le Directeur, le Médecin psychiatre et un représentant de l'Union des Sociétés Mutualistes. La Commission peut, dans certains cas, demander à voir l'enfant avant son acceptation à l'I.M.P.

Le Directeur propose alors un *entretien aux parents*. Au cours de cette prise de contact, des informations sont données à la famille, concernant l'action éducative proprement dite et ses limites, les buts recherchés, le fonctionnement pratique de l'établissement.

Dès son entrée, l'enfant, s'il est interne, est intégré à l'un des deux groupes de vie de l'Internat. Ces deux groupes de 11 chacun seront constitués, à l'origine, en se basant sur l'âge réel des enfants et sur le degré de leur développement staturo-pondéral. Mais il n'est pas exclu qu'un *enfant soit transféré d'un groupe à l'autre* si les Educateurs estiment qu'il s'insère

mal dans le groupe primitivement choisi, que ses aptitudes physiques, ses centres d'intérêt ne s'accordent pas avec ceux des pensionnaires de ce premier groupe.

Tous les enfants, internes et semi-pensionnaires, sont réunis pour les activités de jour.

Quatre groupes sont prévus auxquels des activités déterminées seront proposées ; chaque enfant passant une heure, tous les jours, dans chaque groupe :

- Activités dirigées avec, pour base, l'éducation gestuelle correspondante ;
- Education psychomotrice ;
- Education parascolaire ;
- Education sociale.

Cet accent mis sur la « *socialisation* » des débiles profonds apparaît essentiel, compte tenu des résultats très partiels que l'on peut espérer de l'éducation parascolaire ou même des activités dirigées. Il importe surtout, en effet, que l'éducation des déficients intellectuels profonds vise, par tous les moyens, à les préparer à leur vie d'adultes, *sans prétendre* à ce que celle-ci se rapproche d'une vie normale.

L'éducation sociale aura donc pour but l'acquisition des habitudes de propreté, de l'habillement, de la tenue à table. L'enfant déficient intellectuel, en effet, a besoin d'une certaine monotonie, et les changements le troublent ou l'embrouillent. Au contraire, les habitudes quotidiennes lui donnent confiance en lui-même. Il faut « si bien lui apprendre à faire un acte quelconque qu'il en vienne à l'accomplir par habitude, sans y penser » (Stogdill).

Mais cette éducation sociale devra également apprendre aux enfants à adopter des *modes relationnels avec autrui*. C'est par l'utilisation des activités de jeu que l'enfant est amené à passer des organisations spontanées qu'elles impliquent à une organisation consciente et réfléchie. Encore, cette transposition d'une situation à une autre n'est-elle concevable que pour les enfants les plus évolués ; et pour beaucoup, il faudra leur apprendre ce qu'est le jeu lui-même, cet aspect pourtant fondamental de la vie enfantine.

Enfin, c'est le *caractère utilitaire* de cette éducation sociale qui doit constituer un des objectifs fondamentaux de l'action

éducative des débiles profonds. Les notions que fournit cette éducation doivent être immédiatement transposables dans la vie pratique. Il faut mettre en œuvre tout le capital intellectuel dont l'enfant dispose, toutes ses aptitudes manuelles et ses possibilités d'expression, pour l'orienter, sans gaspillage, vers une activité professionnelle, aussi élémentaire soit-elle.

C'est dans cette perspective d'une préparation à la vie de tous les jours, que l'intérêt de l'éducation sociale rejoint celui des *leçons de vie pratique* — qui donnent un ensemble de connaissances utilitaires —, et rejoint également le bénéfice tiré des séances de *travaux manuels* et d'*éducation psychomotrice*.

Complétant ces activités principales, l'initiation musicale, l'amélioration du langage parlé, des activités sensorielles et d'expression, des leçons sur la nature terminent la journée en fixant l'attention des enfants sur des *centres d'intérêt*. Ces activités sont plus spécialement réservées aux internes après le départ des demi-pensionnaires.

Le personnel éducateur, lorsque l'effectif des enfants sera complet, comptera six Educateurs : deux Educateurs spécialisés diplômés, deux Educateurs stagiaires en deuxième année, et deux autres stagiaires en remplacement ou animateur d'un des deux groupes de vie.

Un Rééducateur de Psychomotricité devrait compléter cette équipe.

Un Psychologue du Centre Régional de Bourgogne pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées devrait, dans un avenir proche, pouvoir suivre les enfants tout au long de leur séjour : le bilan psychologique d'entrée étant effectué généralement par les services de l'Hygiène Mentale.

L'équipe médicale comprend le Médecin psychiatre à la vacation, le Médecin généraliste appelé en cas de besoin et l'Infirmière de l'établissement qui sera également chargée, à temps partiel, de tâches éducatives.

Chaque semaine, les Educateurs se réunissent pour traiter des problèmes pratiques de la maison, de l'organisation du travail de la semaine à venir et pour discuter de cas particuliers. Au cours des premiers mois, après l'ouverture de l'I.M.P., ils établiront les *fiches d'observation* des enfants. Par la suite, un seul dossier sera étudié et, à l'avenir, cette réunion ne fera surtout que préparer la réunion de synthèse.

Deux fois par mois, en effet, auront lieu *les réunions de synthèse* auxquelles participeront, outre les Educateurs, le Directeur, le Médecin psychiatre, le Psychologue, l'Infirmière et parfois le Médecin généraliste. C'est à l'occasion de ces réunions que l'équipe éducative fera part de ses observations à l'équipe médicale, tandis que celle-ci, en fonction des conclusions de ses examens, proposera une attitude psycho-pédagogique et une thérapeutique éventuelle. De plus, il est à souhaiter que *le Médecin conseille et dirige les Educateurs* dans leur difficile tâche, ce qui suppose sa présence non seulement à son cabinet médical et aux réunions de synthèse, mais également dans les salles d'activités au contact des enfants eux-mêmes.

Après six mois de présence de l'enfant à l'I.M.P., un « *Bilan* » sera dressé pour chaque pensionnaire. A cette occasion, *la famille sera convoquée* et l'impression d'ensemble sur les possibilités de l'enfant, son comportement, les perspectives de son avenir social et professionnel lui seront communiquées.

Ainsi conçue, l'action éducative des débilés profonds se devait d'être servie par une *organisation matérielle bien adaptée*. C'est ce que se sont efforcés d'obtenir les promoteurs de l'établissement, qui ont su aménager la propriété du « Petit Versailles », à Châtillon-sur-Seine. Tout en respectant le caractère historique de cette ancienne demeure, des locaux accueillants pour les enfants ont pu être mis à leur disposition ; l'Internat, en petits dortoirs, est indépendant des locaux de jour : salles d'activités, de rééducation psychomotrice, salles à manger, cabinet médical.

L'Institut Médico-Pédagogique du « Petit Versailles », qui répond à de nombreux besoins de la moitié septentrionale de la Côte-d'Or et à ceux des départements limitrophes, a donc su concilier une organisation fonctionnelle des locaux avec le respect d'une demeure historique. Mais surtout, cette éducation vise essentiellement à ce que le déficient intellectuel *se prenne en charge* pour les actes simples de la vie courante, et à lui assurer une certaine autonomie dans la vie sociale de tous les jours. Mais le débile profond devra toujours être encadré, conseillé et, seule, une activité professionnelle simple, ne demandant que des gestes élémentaires, répétitifs, sans processus mental très élaboré, pourra lui être proposée dans le cadre d'Ateliers Protégés et de Foyers d'Accueil à vie.

Les instituts médico-professionnels

L'INSTITUT MÉDICO-PROFESSIONNEL « LE SARMENT » (BEAUNE).

L'*Institut Médico-Professionnel « Le Sarment »*, créé à Beaune le 6 février 1964, prend le relais de la rééducation entreprise au « Centre Educatif La Source ». Les deux Etablissements sont l'œuvre de l'*Association des Papillons Blancs*.

Cet Institut est situé à Beaune, rue Henri-Dunant. Il recevra, en Semi-Internat, 25 adolescents des deux sexes, âgés de 14 à 18 ans, *débiles profonds* au Q.I. compris entre 30 et 60. Actuellement, l'effectif n'est encore que de 12 enfants.

Par priorité, ce sont, évidemment, *les enfants qui sortent de l'I.M.P.* qui sont admis. Mais d'autres enfants sont aussi acceptés, qu'ils soient adressés par les Médecins ou les Services sociaux. Le recrutement est local essentiellement, puisque l'Etablissement fonctionne en semi-pension. Toutefois, des *familles d'accueil* ont pu être sollicitées pour héberger des enfants trop éloignés.

Le dossier d'admission comporte une enquête sociale établie généralement par les Services sociaux de prise en charge, un résumé des antécédents personnels de l'enfant, un bilan psychologique qui sera peut-être déjà effectué à l'entrée ou que l'on demandera à la Psychologue.

L'examen médical est assuré par le même Médecin généraliste qui voit les enfants de l'I.M.P. De même, c'est le médecin psychiatre de Dijon qui les examinera du point de vue psychiatrique.

L'admission n'est accordée que sous réserve d'une *période probatoire* d'un mois. Cette période semble d'ailleurs courte pour juger d'une admission définitive et pour estimer si l'adolescent relève bien de l'établissement. Si elle paraît peut-être sans grand intérêt pour les enfants sortant de l'I.M.P. qui sont très bien connus des Educateurs, elle devrait être très allongée pour les adolescents qui viennent de l'extérieur, lorsque l'on sait la longue période d'adaptation pour certains débiles profonds.

Son admission définitivement acceptée, l'adolescent participera à *deux grands types d'activités* :

- des activités « scolaires », sensorielles et gestuelles, des exercices de gymnastique corrective ;
- - des activités « professionnelles ».

Le matin sera réservé aux activités didactiques et, en particulier, à l'apprentissage de la relation verbale, aux travaux manuels, à l'éducation du geste et aux activités d'expression : une grande place est faite au dessin libre, au découpage, au collage, aux travaux d'aiguille et de tissage. La gymnastique correctrice et l'éducation physique, en général, concourent à une meilleure éducation motrice dans les activités de la vie quotidienne. A toutes ces activités, les enfants se retrouvent, suivant les jours de la semaine, au sein de groupes mixtes.

L'après-midi est consacrée aux activités dites « professionnelles ». Aux garçons est proposé l'apprentissage du maniement des outils usuels. Mais cette mise au travail est souvent très lente : les uns doivent accepter progressivement la présence des camarades, d'autres apprendre à manipuler des objets, même de façon improductive, pour tenter d'en tirer le meilleur usage possible. Dès lors, la nature du travail à exécuter sera fonction des possibilités motrices et de la compréhension des adolescents. Actuellement, un atelier de travail du bois et un local de conditionnement ont été installés. Il est frappant de constater la gaieté qui règne dans ces ateliers. Il semble bien que le montage d'objets nécessitant un certain nombre de phases de travail, de gestes plus ou moins construits, et l'usage, c'est-à-dire la maîtrise d'outils, donne au débile le sentiment d'une puissance accrue, véritable stimulant d'une *impression de revalorisation*. Pour les filles, des activités ménagères — lavage, tricot, couture, repassage, ménage — les préparent à une certaine autonomie matérielle dans leur vie quotidienne.

Des réunions de synthèse entre le Directeur, lui-même Educateur, l'Educatrice et les deux Monitrices, permettent régulièrement de faire le point des progrès enregistrés ou, inversement, des paliers dans les résultats de la rééducation. A cette occasion, la *famille peut être convoquée* et informée de l'état de l'enfant. Ces entretiens avec les parents sont également mis à profit pour compléter les renseignements sur les antécédents, le comportement de l'enfant à son retour dans le milieu familial, l'intérêt qu'il semble porter à ce qu'il fait à l'Institut. Des conseils éducatifs sont également prodigués aux parents.

La grave question du *placement à la sortie* devait être résolue en septembre 1966, par l'ouverture à Savigny-lès-Beaune d'un Atelier d'Assistance par le Travail. En effet, il était diffici-

lement admissible de rendre aux familles ces garçons et ces filles pour lesquels aucune insertion sociale n'est à envisager, leur mise au travail ne pouvant se faire que dans un atelier spécialisé. Les abandonner serait *perdre le bénéfice de l'éducation* qui a pu leur être inculquée depuis l'âge de 6 ans. Aussi, l'Association des Papillons Blancs a-t-elle recherché une propriété lui permettant de construire dans l'avenir des ateliers et des pavillons devant servir de foyer d'accueil à vie. Cet *Atelier d'Assistance par le Travail* permettra déjà de recevoir 25 puis 40 travailleurs et apprentis : ces derniers constituant la section « d'observation et d'adaptation ». Seront d'abord admis les adolescents de l'I.M.Pro, « Le Sarment », ayant atteint l'âge limite ainsi que les garçons et les filles adhérant à l'Association des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés (ex-Papillons Blancs) de la région de Beaune. Enfin, le Foyer d'Accueil à vie recevra 12 débiles adolescents et adultes.

Si une faible partie seulement des débiles profonds peuvent bénéficier d'un enseignement approprié, il semble bien, au contraire, que la plupart tire avantage de *l'éducation gestuelle* et du *préapprentissage professionnel*. « L'atelier, comme le disait A. Binet, symbole du travail concret, par opposition à la classe, symbole du travail verbal, doit devenir un lieu d'instruction plus important que la classe. »

L'INSTITUT MÉDICO-PROFESSIONNEL DE CHENÔVE.

Le Centre Régional de Bourgogne pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées (C.R.B.E.A.I.) ouvrait, le 22 février 1965, à Chenôve, 4, rue Alfred-Changenet, un Institut Médico-Professionnel pour débiles profonds : c'était le *second Etablissement de ce type*, après la création, en 1964, par l'Association des Papillons Blancs, de l'I.M.Pro « Le Sarment », à Beaune.

Cet Institut accueille, en Semi-Internat, 24 garçons et 24 filles, *débiles profonds semi-éducables* — au Q.I. compris entre 30 et 60 — résidant dans l'agglomération dijonnaise.

Les enfants et adolescents, âgés de 14 à 20 ans, sont adressés par les Médecins, les Services sociaux de la Sécurité Sociale, de la S.N.C.F., de l'Armée, ou encore à la demande du Dispensaire d'Hygiène Mentale, des Services du Centre Hospitalier, de l'Association Départementale des Amis et Parents d'Enfants

Inadaptés. Mais un certain nombre avait déjà été placé en I.M.P. L'origine sociale, le niveau d'instruction et la valeur éducative des familles sont très variés.

L'admission définitive est prononcée, après une *période probatoire* de trois mois, par la Commission Médico-Pscho-Pédagogique de l'Etablissement. Celle-ci comprend obligatoirement le Directeur, le Psychiatre et le Psychologue. Eventuellement en font partie le Pédiatre et une Assistante sociale. C'est la Commission qui juge après examen médical et bilan psychologique et en fonction du dossier d'admission — souvent incomplet malheureusement — si l'enfant relève bien de ce type d'établissement. Le plus souvent, c'est un quotient intellectuel trop faible ou trop fort qui motive le renvoi.

Dès son entrée, le jeune débile sera intégré, selon son niveau intellectuel, à *l'un des trois groupes de vie* :

- le groupe « fort » rassemble les sujets au Q.I. compris entre 55 et 60 ;
- le groupe « moyen » : les adolescents au Q.I. compris entre 48 et 50 ;
- le groupe « bas niveau » : les sujets au Q.I. inférieur à 45.

La constitution de ces groupes n'est d'ailleurs pas rigide et immuable : des activités manuelles et de loisirs leur sont souvent proposées en commun ; de même, les repas peuvent se prendre ensemble.

Tout au long de son séjour, l'enfant ou l'adolescent bénéficiera d'une éducation polyvalente : pédagogique, psychomotrice et pratique.

Les moyens d'éducation pédagogique font appel à un enseignement approprié, individualisé, concret, visant à tirer parti plus des possibilités motrices et sensorielles qu'intellectuelles. Les *possibilités d'expression* par le langage, le dessin, le chant sont également favorisées au cours de nombreuses séances.

Mais le principe essentiel de cet enseignement est qu'il doit *préparer ces enfants à leur vie d'adultes* : non pas que l'on doive rechercher une prise de conscience de ses responsabilités par le débile profond, mais plutôt qu'on le prépare à une certaine autonomie matérielle. D'où l'intérêt des leçons de vie pratique, de travail manuel associées à la rééducation psychomotrice.

La rééducation psychomotrice est l'objet d'une grande attention de la part des Educateurs de l'I.M.Pro de Chenôve. Tous les enfants bénéficient de leçons d'éducation physique : gymnastique corrective et respiratoire, et d'exercices de motricité segmentaire. Certains, en fonction de leur déficit propre, font des exercices d'orientation et d'équilibration, de dextérité, d'éducation gestuelle.

Mais c'est dans les *activités en ateliers*, en conduisant le déficient intellectuel à la préparation au travail vers un but précis et partiellement rentable, que la motivation susceptible d'« accrocher » son intérêt a été recherchée. C'est ainsi qu'à Chenôve, ont été mis en place :

— un atelier ménager pour les filles. Les tâches élémentaires du ménage : entretien, cuisine, repassage, couture, lessive sont abordées en suivant toujours une progression. Celle-ci va du « préapprentissage », c'est-à-dire l'art de manier les objets et instruments de travail, en passant par le stade des réalisations pratiques et pour aboutir au concept de rendement ;

— un atelier de « préapprentissage » et d'éducation gestuelle pour les garçons. Cet atelier est divisé en trois sections : le préapprentissage proprement dit a pour but, par des exercices simples, d'apprendre des gestes élémentaires : clouage, rabotage, par exemple ; la section « travaux pratiques » où sont réellement confectionnés des objets ; et enfin, la section d'« entraînement au travail » qui, par des travaux de conditionnement, oblige les adolescents à concilier précision et rapidité ;

— un atelier de travaux manuels divers, nécessitant une certaine dextérité manuelle, et permettant à l'adolescent de développer ses possibilités d'expression : travail du rotin, mosaïque, corde armée, peinture.

La surveillance médicale est assurée, d'une part par le Pédiatre à raison d'une vacation d'une heure ou une heure et demie par semaine, et d'autre part par le Neuropsychiatre qui est le spécialiste du C.R.B.E.A.I. et qui suit les enfants à l'occasion d'une vacation hebdomadaire de deux ou trois heures.

Le Psychologue fait passer des tests de niveau et, ce qui semble particulièrement heureux en matière de débilité profonde, *assiste aux exercices de rééducation gestuelle*. Il peut

ainsi conseiller la Kinésithérapeute dans les exercices visant à la rééducation ou la consolidation du mouvement, à la correction de l'attitude corporelle.

Les Educatrices spécialisées, au nombre de trois, sont chargées de l'apprentissage scolaire, de la rééducation psychomotrice, des activités sensorielles et d'expression.

Une Monitrice d'Enseignement Ménager et deux Moniteurs Techniques pour le préapprentissage et l'éducation gestuelle professionnelle complètent l'équipe de techniciens.

Des réunions de synthèse permettent aux deux Médecins, au Psychologue, aux Educateurs et Moniteurs de confronter les résultats de leurs observations et examens. Il faut regretter qu'encore actuellement, et surtout pour des raisons matérielles, ces réunions n'aient pu se dérouler régulièrement. Toutefois, il est envisagé, à l'avenir, de les fixer une fois par trimestre au moins. Elles permettent, en particulier, de proposer une action éducative, de décider d'une thérapeutique médicamenteuse et, il faut l'espérer, de faire bénéficier certains débiles d'une psychothérapie.

Le placement à la sortie constitue, comme on peut s'y attendre, un grave problème. En effet, la pédagogie, la rééducation psychomotrice peuvent prétendre à une certaine autonomie pour les actes essentiels de la vie courante et, au mieux, permettent d'acquérir un certain degré de formation professionnelle. Il n'en reste pas moins vrai que *le débile mental profond n'accédera jamais à une pleine responsabilité de ses actes* et que, par conséquent, il devra toujours être l'objet d'une tutelle plus ou moins discrète, mais vigilante.

Aussi, un petit *Atelier d'Assistance par le Travail* doit-il s'ouvrir dans un local existant, avec une « *section d'adaptation au travail* » d'une capacité d'accueil de 8 places : 4 garçons et 4 filles. Une surveillance médicale et un encadrement éducatif seront assurés. La confection d'objets simples ne nécessitant qu'un travail assez répétitif, des gestes simples, ou des travaux de conditionnement seraient proposés aux pensionnaires en fonction des commandes des industriels de la région. D'autres Ateliers d'Assistance par le Travail sont à l'étude, pour un avenir plus lointain, à La Montagne-Sainte-Anne, à Dijon. La création future de Foyers d'Accueil à vie pour adolescents et adultes est également prévue sur cet emplacement.

« Le retardé intellectuel ne gagnera pas sa vie avec son intelligence. Il faut donc, puisque ce sont ses mains qui lui assureront une place dans la Société, développer au maximum chez lui la motricité et tout spécialement l'habileté manuelle (12). » C'est ce principe de base qui semble avoir inspiré toute la conception de la rééducation entreprise à l'Institut Médico-Professionnel de Chenôve.

*
**

La Côte-d'Or dispose donc, en 1966, de 183 places en I.M.P. et I.M.Pro pour débiles profonds. Si l'on retient le pourcentage de 0,75 % de la tranche d'âge de 5 à 19 ans de la population juvénile, c'est près de 780 enfants et adolescents débiles profonds que l'on pourrait recenser dans le département : *un sur quatre de ces enfants peut donc prétendre à un placement.*

La plupart des établissements fonctionnent en *Semi-Internats* : il semble que cette formule réunisse *le plus grand nombre d'avantages*. L'enfant n'est pas coupé de son milieu de vie familial et les parents peuvent avoir de fréquents contacts avec les Educateurs et les Médecins ; la venue des spécialistes : Neuropsychiatres et Pédiatres, Psychologues, Kinésithérapeutes, est facilitée et plus régulière par la proximité d'une grande ville ; les Educateurs ont une vie personnelle moins bouleversée par le régime de la semi-pension qui leur laisse plus de loisirs.

Cependant les projets de création *d'Internats* ne sont pas à écarter : ils accueilleraient les enfants du milieu rural et ceux dont les deux parents ont un emploi.

Pour chaque *Internat*, il apparaît nécessaire, afin de recréer l'image d'un milieu social normal, de *séparer les locaux de jour* — ateliers, salles de classe et d'activités — *de l'Internat proprement dit*. Au sein de celui-ci, les unités de vie familiale sont préférables, dans tous les cas, aux grands dortoirs communs.

Désormais, *les projets proposés par les promoteurs devront être des ensembles* : quatre établissements successifs accueilleront les débiles profonds de la petite enfance à l'âge adulte. Une pouponnière doit être prévue pour les enfants sans famille,

(12) Docteur P. LE MOAL.

âgés de 3 à 6 ans : l'éducation gestuelle devrait y être ébauchée. Puis, le déficient passera en I.M.P. et en I.M.Pro avant d'être pris en charge dans des Foyers à vie et des Ateliers d'Assistance par le Travail, car *jamais le débile profond ne pourra prétendre à une complète indépendance.*

Enfin, sur le plan de la rééducation proprement dite, on ne saurait trop insister sur l'intérêt que présentent *les leçons de vie pratique*, les activités sensorielles et gestuelles, la rééducation psychomotrice, les leçons individuelles. Le but recherché étant l'autonomie matérielle du débile profond pour les actes de la vie courante, et en ce qui concerne les plus perfectibles, l'accession à une certaine prise de conscience de leurs responsabilités élémentaires : c'est ce à quoi tendent, en particulier, les Instituts Médico-Professionnels qui cherchent à donner aux débilés, par le truchement d'une activité professionnelle rudimentaire, le moyen de subvenir à une petite partie de leurs besoins et surtout de corriger leurs déficiences motrices, de fixer leur attention, d'acquérir les qualités sociales indispensables à l'ouvrier moderne.

III. — Arriérés profonds (Q.I. inférieur à 30)

Les Arriérés profonds se composent, dans les niveaux les plus élevés (Q.I. de 20 à 30), d'enfants partiellement éducatibles. Leur compréhension du langage parlé est parfois supérieure au langage qu'ils emploient et qui se réduit à quelques mots. Ils sont capables de certaines acquisitions dans le domaine pratique telles, par exemple, que la toilette et l'habillement.

Parmi les niveaux les plus bas, sont regroupés les enfants qui n'ont pas acquis la locomotion, n'établissent pas de relations interpersonnelles dans la plupart des cas.

En Côte-d'Or, seul l'Hôpital Psychiatrique de La Chartreuse à Dijon est en mesure d'héberger des arriérés profonds. Mais cette section spécialisée a une capacité d'accueil de 50 lits seulement.

LA SECTION DES ARRIÉRÉS PROFONDS DE L'HOPITAL DE LA CHARTREUSE.

Nous ne dirons que quelques mots seulement de cette section des arriérés profonds, qui reçoit 50 enfants et adolescents jusqu'à 16 ans, des deux sexes. A partir de cet âge, il faut

regretter que les sujets passent dans les Services pour Adultes, aucun pavillon spécial n'ayant été réservé pour ceux ayant dépassé 16 ans.

C'est en novembre 1943 que le Docteur Lauzier faisait aménager, à l'Hôpital Psychiatrique de La Chartreuse, une section de 60 lits pour enfants anormaux inéducables. Jusqu'alors, rien n'avait encore été prévu. Et cependant, comme le remarquait le Docteur Lauzier, il importait « d'envisager le problème de l'assistance aux arriérés inéducables : idiots, grands imbéciles, arriérés profonds... Ces enfants ont besoin d'une surveillance continue et de soins de propreté permanents ; leur place est dans les sections annexées aux Hôpitaux Psychiatriques. Or, en 1943, il n'existait en Côte-d'Or encore rien pour les recevoir ! ».

Ce Service fut installé dans les locaux du Pavillon Legrand-Du-Saulle ; il comprenait, à l'origine, deux sections de 30 lits, une pour les garçons, une pour les filles avec cours et locaux absolument indépendants. Les enfants étaient admis sous forme de placements volontaires assistés et ils pouvaient y rester jusqu'à leur puberté.

Actuellement, le Pavillon des arriérés profonds accueille une cinquantaine de garçons et filles, de 6 à 15 ans, au Quotient Intellectuel inférieur à 30. *Ces sujets sont adressés* par les Consultations d'Hygiène Mentale, les Médecins neuropsychiatres et généralistes, les services de l'Action sanitaire et sociale. Le Médecin-Chef du Service examine chaque enfant à son entrée, plus particulièrement s'il n'a pas encore été vu par un psychiatre.

Seules des Infirmières sont chargées des soins, de l'hygiène, de la surveillance et de la garde des enfants.

Il faut regretter actuellement que les locaux, bien que remis à neuf, n'autorisent pas la constitution de petits groupes : ce qui permettrait, au moins pour les plus évolués, de leur inculquer des habitudes de propreté, de leur faire acquérir des gestes élémentaires pour se laver, se vêtir, se nourrir. Encore faudrait-il qu'un *personnel spécialisé et plus nombreux*, formé d'Educateurs et de Moniteurs, soit à la disposition du Médecin pour tenter cette rééducation de base. Il conviendrait, également, d'éviter cette *promiscuité néfaste* entre les arriérés profonds partiellement éducatibles et les enfants inéducables, instables, arriérés affectifs, psychotiques, grabataires ou atteints de trou-

bles associés moteurs et psychiques. Enfin, il faudrait prévoir la poursuite de cette rééducation après 16 ans dans un pavillon distinct de ceux des adultes, mais au sein du même établissement.

Un projet existe de construction, dans l'enceinte de l'Hôpital Psychiatrique de La Chartreuse, d'un pavillon de 60 lits pour arriérés profonds enfants puis d'un pavillon de 120 lits pour arriérés profonds adultes. Ces pavillons qui assureraient, d'une part, une rééducation par unités de vie séparées, permettraient aussi une continuité dans l'assistance aux arriérés, tant sur le plan des locaux que sur celui du personnel.

Mais rien n'existe en ce qui concerne les *enfants psychotiques*.

Les besoins restent donc considérables au regard des 250 arriérés profonds de 5 à 19 ans qui, vraisemblablement, seraient à dénombrer dans le département. Mais ces besoins sont peut-être artificiellement majorés par le fait que certains I.M.P. pour débiles moyens ou profonds n'admettent pas les enfants porteurs de troubles associés et, en particulier, de handicaps moteurs. La nécessité de créer des établissements pour ces enfants est évidente. D'autre part, certains des I.M.P. pour débiles moyens et profonds ont cru bon, pour diverses raisons, de relever les Q.I. limites d'admission.

LES DEFICIENTS MOTEURS ET SENSORIELS

Les problèmes posés par les enfants physiquement handicapés sont nombreux et complexes. Ils tiennent pour une part à *l'infirmité* même, dont la variété et l'importance retentissent gravement sur les possibilités de l'enfant, mais également à la façon dont celui-ci *s'adapte affectivement à cette infirmité*, aux possibilités d'épanouissement qui lui sont offertes par son entourage familial, par la Société.

C'est dire le rôle de *premier plan que le Médecin peut être amené à jouer* en présence de ces cas. Il est bien évident que les jeunes infirmes ne sauraient être traités de la même façon que les bien-portants et que les différences qui existent entre eux sont encore plus importantes que celles que l'on note dans les groupes d'enfants normaux.

Ces questions se posent de plus en plus fréquemment pour de nombreuses raisons.

Du fait des progrès considérables réalisés dans le domaine thérapeutique, le taux de mortalité infantile a reculé dans des proportions considérables, mais les guérisons chaque jour plus nombreuses de cas qui, autrefois, étaient inéluctablement mortels ne vont pas sans qu'apparaissent *de nouveaux problèmes* portant sur les séquelles de ces maladies.

Ces problèmes n'intéressent pas la seule médecine, ils demandent une étroite *collaboration* entre le Médecin, le Psychologue, le Sociologue, divers techniciens, les Pouvoirs publics. Ils visent à obtenir l'adaptation optima de l'infirmes et, si possible, un *rendement social* de celui-ci.

Cependant, on ne saurait, sans se tromper lourdement, se contenter d'établir un bilan purement physio-pathologique du handicap présenté par de tels malades et, compte tenu des diverses déficiences constatées, proposer telle ou telle orientation. Le point le plus important est peut-être l'étude du *retentissement affectif de l'infirmité sur le psychisme tant du malade que de son entourage*, l'homme ne pouvant être considéré com-

me une entité purement anatomique, outil de plus ou moins bonne qualité, apte à telle ou telle fonction, mais bien dans sa personnalité toute entière.

Or, les progrès croissants des techniques industrielles permettent d'espérer qu'une place de plus en plus large pourra être faite aux handicapés physiques et que ceux-ci échapperont au sort qui leur était autrefois réservé.

Il apparaît donc que, loin de considérer l'infirme comme une exception digne de pitié, mais ne demandant guère qu'un ajustement précaire, propre à le contenter ainsi que sa famille, il convient de prendre conscience qu'il fait *partie d'une minorité* ayant de ce fait des problèmes spéciaux tant physiques qu'émotionnels mais qui peuvent être utilisés au mieux.

Chez l'enfant atteint d'un déficit physique, ce ne sont pas les possibilités d'acquisition qui sont altérées, mais les « *voies d'accès* » et les « *conditions d'exercice* ». Suppression des voies d'accès : elle est manifeste dans le cas du sourd ou de l'aveugle ; pour l'être un peu moins, elle est cependant réelle dans le cas du paralysé qui ne peut recevoir l'enseignement de l'école ou, quand son état est trop grave, prendre même contact avec le monde. Altération des conditions d'exercice : la culture acquise n'est pas destinée à subir un simple emmagasinement ; elle est une matière sur laquelle s'appliquent les activités intellectuelles et un outil par lequel celles-ci peuvent se développer.

La caractéristique essentielle de l'enfant physiquement handicapé est *l'isolement*, d'ailleurs plus ou moins marqué selon la forme et le degré de la déficience. Le sourd, l'hypoacousique, l'aveugle, l'amblyope, le déficient moteur, le malade ne sont pas en mesure d'exercer leurs *aptitudes* physiques ou intellectuelles, mais celles-ci sont virtuellement présentes et *théoriquement intactes*.

Ainsi *les modalités de l'éducation* sont-elles différentes. Dans un cas, il s'agit d'adapter le rythme de l'enseignement et surtout le niveau de ses objectifs à des possibilités qui restent toujours limitées. Dans l'autre, le problème est d'inventer des procédés, des techniques particulières, des programmes généraux qui permettront d'atteindre, au-delà des barrières, une intelligence normale.

Les échecs de la pédagogie des enfants physiquement déficients ou ses faiblesses viendront de l'insuffisance dans le choix

des méthodes et des moyens et le défaut, auquel elle est exposée, est souvent de ne pas situer ses objectifs assez haut, à la mesure de ce que l'enfant handicapé pourrait faire si le handicap dont il souffre était, par le choix de ces moyens, assez radicalement surmonté.

L'éducation visera à rendre l'individu capable de subsister par lui-même et son objectif immédiat est de lui en donner les moyens. *Assistance signifie donc dépendance, tandis que l'éducation a pour but l'autonomie.*

Cette éducation doit avoir une *double orientation*, une double polarité : elle est centrée, d'une part *sur l'individu* dont elle se propose de développer les possibilités latentes ; elle est axée, d'autre part, *sur la Société*, puisqu'elle façonne l'individu pour l'adapter aux exigences du groupe.

Pour prétendre à quelque efficacité, cette éducation sera normalement centrée non pas sur ce qui est anormal chez l'enfant, mais sur ce qui est normal, au moins en puissance. Et sans doute un juste équilibre doit-il être respecté. Il est également dangereux de méconnaître les obstacles qui résultent du déficit. Cette méconnaissance conduit certains à tenter d'embrasser des carrières où il est, même chez des sujets normaux, difficile de réussir.

C'est ici que la *distinction* entre les notions de *déficit* et de *handicap*, posée par certains auteurs, paraît judicieuse.

La déficience est de nature physique, elle intéresse le corps, c'est une privation d'une fonction physiologique.

Le handicap en est la répercussion, la conséquence : c'est la difficulté rencontrée par l'individu, par suite de son état, à s'adapter aux conditions du milieu.

L'éducation vise le handicap, non la déficience : celle-ci est du ressort de la médecine, de la physique... Elle ne peut prétendre abolir la déficience, mais seulement surmonter le handicap ; l'amblyope, l'infirme moteur sortis de l'établissement spécialisé, restent amblyope ou déficient moteur mais ils sont, maintenant, capables de réaliser des activités qui leur étaient auparavant interdites.

Si les enfants physiquement handicapés forment un *groupe unitaire*, il est bien évident qu'il existe au sein de ce groupe une certaine hétérogénéité et une spécificité de sous-groupes sur laquelle il convient d'insister. Sans doute doit-on tenir compte

de l'unité de fait qui résulte de l'origine organique de l'anomalie. Mais du point de vue médical, pédagogique et éducatif, la spécificité doit être soulignée. Il n'y a point de thérapeutique ni de pédagogie des enfants physiquement déficients, mais des thérapeutiques et des pédagogies appropriées à chacune des catégories.

Quelles sont ces catégories ? Extérieurement, les déficients peuvent être classés selon que l'anomalie porte sur les fonctions motrices, sensorielles ou organiques (13).

— les déficients moteurs :

- infirmes moteurs cérébraux ;
- autres infirmes moteurs.

— les déficients sensoriels :

- aveugles d'intelligence normale ;
- amblyopes d'intelligence normale ou avec troubles associés, et aveugles avec troubles associés ;
- hypoacousiques.

Il convient d'y ajouter les enfants délicats ou porteurs d'une tare organique permanente.

Nous verrons successivement :

— Le Clos Chauveau, à Dijon, qui réunit dans un même établissement :

- une Ecole de Plein Air,
- et un Centre de Rééducations spécialisées offrant 3 sections :
 - Infirmes moteurs,
 - Amblyopes,
 - Hypoacousiques.

— L'Aérium de Coutivert, qui accueille des enfants présentant une altération modérée de l'état général, associée à de petits troubles du comportement, un retard scolaire ou une inadaptation sociale.

— Le Foyer et l'Atelier protégé de l'Association des Paralysés de France, pour infirmes moteurs, à Dijon.

— L'Amicale des Aveugles Civils de la Côte-d'Or.

(13) Classification retenue par le V^e Plan.

Le Clos Chauveau

Rue de la Motte-Giron, à Dijon.

Le Clos Chauveau, géré par l'*Œuvre des Pupilles de l'Ecole Publique*, reçoit des enfants, garçons et fillettes, de 5 à 14 ans, d'intelligence normale, soit en Ecole de Plein Air, soit au Centre de Rééducations Spécialisées.

L'Histoire de la création du Clos Chauveau se confond, en fait, avec celui de l'Ecole de Plein Air.

Le 29 juin 1943, un Comité de l'Inspection Académique était réuni pour décider de l'ouverture d'une « Ecole de Plein Air » au Clos Sainte-Marie, dans le quartier de Larrey-lès-Dijon. Avant guerre, ce magnifique domaine n'avait aucune utilisation. Le 11 mars 1944, le bail fut signé entre le département de la Côte-d'Or et la ville de Dijon. Aussitôt les travaux étaient effectués et l'Ecole devait, en principe, ouvrir le 1^{er} octobre de la même année. Mais, le 8 novembre 1944, le Préfet réquisitionnait le Clos pour en faire un camp d'internement. Il devait le rester jusqu'au 10 décembre 1945, après avoir détenu 1 300 personnes.

En pensant toujours à la future Ecole de Plein Air, la Direction du Clos fit effectuer d'importants travaux dont certains ont été l'œuvre des détenus. Aussitôt après le départ de ces derniers, des négociations eurent lieu entre les différentes Administrations intéressées et, notamment, entre l'autorité académique et la ville.

Ouverte le 1^{er} avril 1946, l'Ecole de Plein Air succédait alors au « Centre d'Internement Administratif » — qui monta les baraquements — dans la propriété départementale du Clos Chauveau, anciennement Clos Sainte-Marie, louée à la ville de Dijon.

En 1946, l'Ecole de Plein Air accueillait 57 élèves, puis 80 en 1960 et 120 en 1955. Actuellement, ses effectifs, répartis en 5 classes, avoisinent 125 enfants.

En 1958, le Centre de Rééducations Spécialisées du Clos Chauveau ouvrait sa première section — pour amblyopes — avec une capacité d'accueil de 24 enfants : 12 internes et 12 en demi-pension. En 1959, la section des Malentendants était créée, et enfin, en 1964, celle des Infirmes Moteurs.

L'ECOLE DE PLEIN AIR.

A l'issue de la réunion du Comité d'Inspection Académique, qui avait été constitué en vue de la création d'une Ecole de Plein Air, M. l'Inspecteur d'Académie Josserand, Président du Comité, précisait le rôle de la nouvelle Ecole : « C'est une *œuvre sanitaire et pédagogique*. Tous, riches ou pauvres, peuvent y être admis ; le Médecin Inspecteur désignera les enfants déficients... Le séjour des élèves sera de un an, pour permettre de suivre un programme complet. »

L'Ecole de Plein Air du Clos Chauveau est une *Ecole municipale*, gérée par l'Œuvre des Pupilles de l'Ecole Publique.

Sont accueillis, *en demi-pension à l'Ecole*, des enfants des deux sexes, de 5 à 14 ans, *petits « déficients physiques »*, à l'exclusion de tout caractériel, contagieux ou déficient mental. Ils sont présentés par les Services Médicaux scolaires, les divers Services sociaux privés ou publics, par les Médecins de famille, les Enseignants ou les Commissions Médico-Pédagogiques.

Actuellement, il s'agit le plus souvent de sujets *convalescents* ou *fatigués* ayant besoin de grand air, de calme, de surveillance médicale, d'éducation physique, d'hydrothérapie, d'actinothérapie par rayons ultraviolets.

L'admission est soumise à l'avis du Médecin du Clos Chauveau, qui décide après avoir pris connaissance du dossier complet de l'enfant. Cette admission a lieu, si possible et en fonction des places disponibles, en octobre, de façon à la faire coïncider avec la rentrée scolaire et ne pas couper l'année de scolarité. Une période d'observation de trois mois est respectée en début de séjour.

Durant leur séjour, les enfants reçoivent un *enseignement complet* avec cependant des *horaires plus souples*. Ils bénéficient, en outre, de leçons quotidiennes d'*éducation physique* ou de gymnastique corrective. Au cours de chaque trimestre, des séances d'actinothérapie par rayons ultraviolets sont organisées, après autorisation du Médecin de famille et sur prescription du Médecin de l'établissement, pour les enfants qui sont susceptibles d'en bénéficier. Cependant, aucun traitement médicamenteux n'est prescrit.

De nombreux temps de repos ou de détente sont réservés dans la journée. Le petit déjeuner, le repas de midi et le goûter sont pris à l'Ecole.

La surveillance médicale est assurée par le Médecin du Clos Chauveau. Chaque enfant est vu, systématiquement, au moins une fois par trimestre et peut être examiné plus souvent à la demande de l'infirmière.

Le personnel se complète d'un Psychologue, de 5 Instituteurs de l'Enseignement public, spécialisés, titulaires du Certificat d'Aptitude à l'Enseignement des Enfants Inadaptés (C.A.E.I.) - option handicapés physiques -, d'un Instituteur spécialisé dans la rééducation psycho-pédagogique, de 2 Moniteurs de gymnastique corrective - conseillés par 2 Professeurs de gymnastique de l'Education nationale — et d'une Educatrice spécialisée dans la rééducation psychomotrice.

Les locaux comprennent 5 classes de 25 élèves, des salles d'éducation physique, une salle pour irradiation ultraviolette, des locaux pour la sieste obligatoire de 13 h 30 à 14 h 30, les réfectoires et l'infirmier.

Pour l'année scolaire 1964-1965 :

- 67 garçons et 17 filles ont bénéficié de leçons de gymnastique corrective ;
- 30 garçons et 7 filles ont obtenu une récupération physique totale ;
- 29 garçons et filles ont obtenu une récupération partielle ;
- 8 garçons et 4 filles n'ont obtenu que des résultats médiocres ou nuls.

En ce qui concerne les *résultats scolaires*, ils sont, dans l'ensemble, un peu inférieurs à ceux auxquels peuvent prétendre des enfants en bonne santé.

Contrairement à ce que certains ont pu avancer, l'Ecole de Plein Air demeure donc un établissement *utile et même nécessaire malgré les progrès de l'hygiène et l'amélioration générale du niveau de vie* des familles. Si les enfants, à l'origine, étaient des rachitiques, souffrant de déformations squelettiques, des dénutris, des sujets suspects de tuberculose et des anciens poliomyélitiques, l'effectif actuel se compose essentiellement de déficients physiques ou sensoriels légers, présentant aussi de *petits troubles du comportement* ou des *difficultés scolaires* peu

graves. Outre la protection sanitaire, tant sur le plan de la surveillance médicale que sur celui de l'hygiène générale, l'Ecole de Plein Air permet, au cours de la journée, une séparation de l'enfant d'un milieu familial souvent surprotecteur ou, à l'inverse, dont la carence éducative est manifeste. L'Ecole est encore particulièrement indiquée, grâce à ses *classes à petits effectifs*, aux enfants dont le rythme d'acquisition scolaire est trop lent pour suivre l'enseignement d'une classe normale.

Il serait souhaitable que l'Enseignement Secondaire prévoie également, en Bourgogne, un Etablissement comparable pour les enfants et adolescents de plus de 14 ans. De nombreux sujets pourraient en bénéficier au sortir de l'Ecole de Plein Air du Clos Chauveau.

« L'Ecole de Plein Air, suivant la définition donnée par M. Auriac, Inspecteur général de l'Instruction publique, n'est ni un préventorium, c'est-à-dire un établissement de cure, ni une sorte de colonie de vacances ou de garderie, où l'enseignement est distribué comme un jeu, ni une école de perfectionnement pour anormaux. C'est bien une *école véritable*, pour les enfants ayant des facultés intellectuelles normales. En sont justiciables, cependant, les enfants dont l'état physique est tel qu'ils ont besoin d'un régime scolaire où une part plus grande que ne le prescrivent les programmes est faite aux exercices physiques, où l'eau, l'air, le soleil leur sont plus largement dispensés. »

LE CENTRE DE REEDUCATIONS SPECIALISEES.

C'est un Institut Médico-Pédagogique acceptant en rééducations, sous surveillance médicale, des enfants présentant une *déficience particulière importante et des troubles du comportement* corrélatifs à celle-ci.

Trois sections existent :

- Infirmes moteurs ;
- Amblyopes ;
- Hypoacousiques.

— *Les Infirmes Moteurs* : section ouverte en 1964 à 12 demi-pensionnaires et 12 internes, porteurs de troubles importants de la motricité, nécessitant des soins et des rééducations de longue durée.

Sont donc admis, à l'exception des poliomyélitiques :

- les Infirmes moteurs cérébraux (I.M.C.) ;
- les Infirmes moteurs non cérébraux.

Les I.M.C. comprennent les individus ayant un Q.I. normal, atteints de lésions cérébrales survenues dans le jeune âge, entraînant des séquelles motrices.

Les Infirmes Moteurs non cérébraux regroupent des sujets ayant également un Q.I. normal, présentant une atteinte de la motricité par lésions neurologiques, congénitales, par affections osseuses, musculaires, rhumatismales ou par traumatismes.

— *Les Amblyopes*, section créée en 1958, reçoit 24 enfants de 5 à 14 ans, des deux sexes — 12 demi-pensionnaires et 12 internes — présentant une acuité visuelle au plus égale à 4/10^e, après correction.

— *Les déficients de l'ouïe et de la parole* : section créée en 1959 pour 37 internes et 24 demi-pensionnaires, présentant une perte auditive d'au moins 40 décibels et des troubles du langage parlé ou écrit.

En fait, le recrutement des enfants peut se diviser en trois groupes :

- *demi-sourds profonds* (surdité de perception, perte de 80 décibels dans les fréquences conversationnelles). Sans langage ;
- *demi-sourds légers* avec langage spontané très rudimentaire (surdité de perception ou mixte avec restes auditifs utilisables, perte de 50 à 80 décibels) ;
- *Malentendants de niveau limite* (Q.I. : 80 à 90-100) présentant également un langage déformé et de petits troubles du comportement.

Les hypoacousiques débiles mentaux ne sont pas admis.

Les candidatures à l'admission au Centre de Rééducations sont posées par les parents, les Instituteurs, les Médecins de famille, les Médecins des Services de Santé scolaire, les Assistantes sociales, la Commission Médico-Pédagogique départementale.

A l'entrée, la sélection des enfants est faite, d'après le dossier d'admission, par la Commission Médico-Pédagogique du

Clos Chauveau. Ce dossier comporte une enquête familiale et sociale, une fiche administrative, un extrait du dossier scolaire, les résultats de tests psychologiques et psychotechniques, ou d'autres examens complémentaires, des certificats médicaux. Eventuellement, le postulant peut être convoqué pour subir un examen clinique, pratiquer des tests psychologiques et juger du niveau scolaire, compléter l'enquête sociale. Assez souvent, c'est le Quotient Intellectuel, d'ailleurs difficile à chiffrer chez les déficients sensoriels, qui motive le refus d'admission.

Une période d'observation de trois mois est respectée pour chaque enfant avant de décider de son admission définitive. Toutefois, une réorientation est toujours possible vers une classe normale si une amélioration suffisante a été constatée ou, à l'inverse, vers un établissement spécialisé, tel qu'un Institut pour Aveugles par exemple, si le processus pathologique a évolué défavorablement.

Tout au long de son séjour, l'enfant bénéficiera :

- de soins nécessités par son état,
- d'un enseignement adapté.

EN CE QUI CONCERNE LES INFIRMES MOTEURS :

— *Le traitement* vise à rétablir la fonction, c'est-à-dire à améliorer autant que faire se peut le fonctionnement des muscles et des articulations, puis leur coordination en vue d'une fonction.

Les différentes modalités du traitement font appel à la kinésithérapie, c'est-à-dire à la rééducation par le mouvement — qu'elle soit analytique ou fonctionnelle — et à l'ergothérapie qui est caractérisée par l'utilisation thérapeutique du travail.

D'autres techniques particulières sont mises en œuvre au Clos Chauveau telles que, par exemple, la balnéothérapie.

— *L'enseignement* des enfants infirmes présente un certain nombre de particularités.

La première préoccupation, qui est à la base de toute tentative pour organiser un enseignement approprié, est de lutter contre le retard scolaire. Les mesures pédagogiques à envisager sont préventives et curatives suivant qu'elles visent à empêcher le retard de s'établir ou à surmonter celui-ci, s'il a pris place.

Une seconde préoccupation, qui suppose cette fois la scolarisation en cours, est de s'adapter à l'état physique de l'enfant. L'infirme moteur étant sous surveillance médicale, le maître doit suivre exactement les indications que le Médecin lui donnera, à cet égard. Il ne s'agit pas, au reste, uniquement d'horaires. C'est de l'état de fatigue et de débilité physique dont le maître est appelé à tenir compte.

Enfin, la troisième préoccupation est de placer l'enseignement dans une perspective de réadaptation de la personne. Grâce au travail scolaire, l'infirme moteur saisit qu'il est capable de quelque chose. Cependant, l'enseignement ne prend cette valeur que s'il est gradué soigneusement pour donner à l'élève l'expérience de ses réussites et de ses progrès et non pas d'un échec devant une tâche trop difficile pour lui.

EN CE QUI CONCERNE LES AMBLYOPES :

Les deux tiers des 24 garçons et fillettes de cette section présentent un déficit très important de la vision, laquelle est, au plus, égale à $1/10^e$. Certains quittent d'ailleurs le Clos Chauveau avant la fin de leur scolarité élémentaire, par décision médicale, pour un Institut d'Aveugles. Dans la très grande majorité, les enfants quittent cette section vers l'âge de 12 ou 14 ans, pour l'entrée en 6^e dans un autre établissement spécialisé ou vont en apprentissage professionnel.

Le reste de cette catégorie de déficients visuels, outre une amblyopie plus ou moins grave, a un niveau intellectuel avoisinant la débilité mentale, suivant la nouvelle classification définie par l'Intergroupe Ministériel, soit un Q.I. de 80 à 90.

Pour eux aussi, *l'éducation générale* complète l'enseignement scolaire. Chaque fois qu'il est encore possible d'utiliser au mieux le sens visuel, des activités faisant appel à la notion de relief ou de couleur sont proposées : peinture, dessin, modelage.

L'enseignement scolaire proprement dit a pour but, chez ces enfants, de faire connaître l'alphabet en noir et en Braille. Ce double enseignement est à équilibrer en fonction du déficit et de l'âge. Une autre caractéristique de cet enseignement spécialisé est l'attention portée à la spécificité et à la qualité du matériel pédagogique employé : éclairage d'ensemble, couleur des peintures, tables particulières pour chaque élève, loupe éclairante à intensité lumineuse réglable, loupe simple.

Cependant, l'apprentissage scolaire demeure souvent lent et très partiel. *La fatigabilité* de l'enfant, son renoncement devant l'effort et ses faibles résultats, obligent à adopter un rythme de travail adapté à ses possibilités. Ces difficultés justifient le développement des *facteurs de suppléance des fonctions sensorielles* telles que l'adresse, l'éducation du mouvement, la mémoire musculaire, l'attention, l'imagination.

EN CE QUI CONCERNE LES HYPOACOUSIQUES :

Il est difficile de classer ces enfants. Le critère de déficit sensoriel mesuré à l'audiométrie tonale est insuffisant. Le langage ou son absence a plus de valeur de diagnostic ou de pronostic, lorsqu'il est toutefois associé à la première mesure. Mais ce second critère est également fonction du milieu social et familial ainsi que du niveau mental.

— *La rééducation* des enfants demi-sourds profonds et moyens sans langage et des demi-sourds légers avec langage spontané rudimentaire — ces deux catégories étant les plus nombreuses de la section « Hypoacousiques » du Clos Chauveau — doit être entreprise sur deux plans, d'ailleurs partiellement confondus :

— La rééducation de la parole ;

— La rééducation auditive.

— *La rééducation de la parole* comprend la démutisation en premier lieu et, ensuite, l'orthophonie. Cette rééducation extrêmement complexe et délicate ne peut être entreprise que par un personnel hautement spécialisé. La démutisation totale d'un enfant sourd peut nécessiter un ou deux ans de rééducation. Les exercices d'orthophonie proprement dits peuvent durer de quelques mois — chez un petit malentendant — à de nombreuses années — chez un sourd profond.

La rééducation auditive. Chez l'enfant sourd ayant des restes auditifs, les sons arrivent au cerveau extrêmement faibles et déformés : il lui faut apprendre à les reconnaître ; il faut donc créer le conditionnement nécessaire.

Ces deux sortes de rééducations sont évidemment facilitées, dans une très large mesure, par l'appareillage électro-acoustique moderne. Ce sont des auxiliaires extrêmement précieux et même,

dans la plupart des cas, indispensables. Mais l'appareil a des limites. Il ne restitue pas une audition, comme on le croit trop souvent. De toute façon, il faudra « apprendre à entendre » à l'enfant : le travail de rééducation auditive reste donc nécessaire si l'on veut tirer le plus large profit des appareils.

Les appareils utilisés au Clos Chauveau comprennent soit des « appareils de table » à filtres, amplificateurs et écouteurs à casques qui permettent des récupérations auditives sur les fréquences restantes, et des appareils individuels de prothèse adaptés à chaque cas de déficience. L'appareillage demeure toutefois une opération extrêmement délicate qui ne doit être entreprise que par un spécialiste. Des précautions d'ordre psychologique sont à prendre pour faire « accepter la prothèse » à l'enfant.

— *Une pédagogie spéciale* doit aller de pair avec la rééducation proprement dite et l'appareillage.

L'enfant demi-sourd profond ou même moyen est un enfant sans langage. Or le langage est non seulement un outil de communication sociale, mais il est aussi l'outil de la pensée. A l'acquisition d'un vocabulaire de base doit s'ajouter l'enseignement de la grammaire. Celle-ci n'est guère autre chose qu'un ensemble de règles intérieures à la langue ; elle est une source de nombreuses difficultés pour l'enfant sourd. Enfin l'acquisition du langage parlé doit être l'aboutissement de cette pédagogie.

Les malentendants de Q.I. limite présentent un retard dans l'acquisition du langage et surtout un manque de netteté dans la prononciation. Ils bénéficient de leçons d'orthophonie après examen audiométrique et mise en place d'une prothèse appropriée. Il s'agira également pour ces « petits sourds » de corriger leurs acquisitions, car ce sont des retardés scolaires. Le plus souvent, ces malentendants sont peu intelligents, sans quoi ils se seraient adaptés à l'école. Ils ont aussi des troubles du caractère, découlant pour une part de la variabilité de leur surdité. Enfin ils sont peu coopérants.

Cette pédagogie spéciale pour Hypoacousiques se réalise en deux temps au Clos Chauveau :

Dans une première période d'une durée de quatre ans environ, et variable selon les sujets, l'enseignement intuitif du langage élémentaire usuel est tenté par une méthode de construction analytique. Le but recherché est l'usage oral du langage.

Il s'agit d'enseigner systématiquement un vocabulaire concret, de faire construire des phrases simples, d'aller vers des formes syntaxiques.

Dans une seconde période, le but du pédagogue est d'accroître le vocabulaire de l'enfant, d'y introduire du vocabulaire abstrait, des formes syntaxiques plus complexes, des expressions idiomatiques. Le but recherché est l'acquisition d'un comportement automatique dans le langage, sans intervention de la conscience réfléchie, l'acquisition d'un langage spontané à l'instar de celui de l'entendant.

Le demi-sourd léger, qui est un parlant à l'arrivée, recevra un enseignement plus proche de celui de l'entendant.



Pour l'ensemble de ses trois sections, le Clos Chauveau fait appel à de nombreux Médecins généralistes ou spécialistes, à des Techniciens de la rééducation, à des Enseignants.

— *Un Médecin* de Dijon est chargé de *surveiller l'état général* des enfants, et en particulier de dépister et de traiter toutes les affections ne relevant pas de l'une des déficiences motrices ou sensorielles ayant motivé le placement.

— *Un Médecin neuropsychiatre* du C.R.B.E.A.I. s'intéresse à l'état neuropsychique des enfants et peut être amené à prévenir ou traiter les troubles du comportement fréquents chez ces handicapés : qu'il s'agisse d'anxiété, d'émotivité, d'état dépressif chez les amblyopes, d'agressivité chez certains malentendants.

— *Trois Spécialistes* sont également appelés à collaborer à l'équipe médicale :

- Pour les handicapés moteurs : le Médecin, Chef du Service de Chirurgie Infantile et de Chirurgie Orthopédique du C.H.R. de Dijon, ainsi que le Médecin, Chef du Service de Neurologie.
- Pour les hypoacousiques : le Médecin, Chef du Service d'Oto-Rhino-Laryngologie du C.H.R. de Dijon.
- Pour les amblyopes : une Ophtalmologiste de Dijon.

A cette équipe médicale, viennent se joindre deux Infirmières, une Psycho-rythmicienne et des Techniciens de la Rééducation :

- Pour les handicapés moteurs : 2 Masso-kinésithérapeutes.
- Pour les hypoacousiques : 3 Orthophonistes.
- Pour les amblyopes :
 - 1 Orthoptiste,
 - 1 Professeur de Braille,
 - 1 Monitrice de vannerie.

Le personnel enseignant comprend :

- 4 Instituteurs Spécialisés (C.A.E.I.) Option : déficients moteurs ;
- 4 Instituteurs Spécialisés (C.A.E.I.) Option : malentendants ;
- 2 Instituteurs Spécialisés (C.A.E.I.) Option : amblyopes.

Le personnel Educateur compte :

- 2 Educatrices de jour, qui sont chargées de l'ergothérapie ;
- 1 Moniteur de travaux manuels d'atelier (pour tous les enfants) ;
- 11 Educateurs et Educatrices d'Internat.

Des réunions d'études entre Instituteurs, Educateurs et Techniciens de la rééducation ont lieu une fois par semaine.

Des réunions de synthèse, regroupant les mêmes personnes, auxquelles s'associent le Directeur, les Médecins, un Psychologue et un Orienteur du Centre d'Orientation Professionnelle, ont lieu mensuellement pour chacune des trois sections.

Cette réunion de synthèse se déroule en trois phases : la présentation du cas considéré par l'Instituteur spécialisé avec interventions des techniciens de la rééducation ; l'examen de l'enfant par le Médecin généraliste et le Spécialiste ; les propositions thérapeutiques discutées entre tous les membres de l'équipe puis arrêtées en commun par les deux Médecins. Ces propositions de traitement se complètent souvent de conseils donnés aux Educateurs, Techniciens de la rééducation et aux Instituteurs.

Mais toutes ces compétences médicales, techniques et pédagogiques doivent s'exercer dans un cadre scientifiquement préparé et étudié. Sans nous étendre sur l'effort considérable qui vient d'être consenti *pour améliorer les locaux du Clos Chauveau*, il convient tout au moins de les mentionner.

Les nouveaux locaux du Clos Chauveau, en effet, ont été construits dans la seule intention de *servir les enfants, de les aider dans leur vie matérielle de tous les jours*, de faciliter leurs déplacements malgré leur handicap. Ce but a été atteint tout en conservant une élégance et une *intimité* dans l'aménagement intérieur.

Les locaux de jour comprennent les salles de classe avec leurs appareillages techniques. Chaque classe a un effectif de 12 élèves au maximum. Des salles de rééducation s'y ajoutent : salles pour la Masso-kinésithérapie, la Balnéothérapie, l'apprentissage du Braille, de la Dactylographie et les travaux manuels, pour l'orthopsie ; salle d'audiométrie. Les salles à manger complètent cet équipement de jour.

L'Internat, sous forme pavillonnaire, compte actuellement 4 pavillons. Chaque « appartement » est indépendant : il permet de donner une certaine individualité à un groupe de 16 internes en quatre chambres de 4 lits, avec sanitaires, vestiaires, salle de séjour et entrée. L'architecture des appartements pour les infirmes moteurs a été évidemment étudiée pour répondre aux exigences particulières de leurs déplacements : salles au même niveau, larges entrées et plans inclinés pour les fauteuils roulants, sanitaires avec barre d'appui.

A leur sortie, les enfants sont orientés par la Commission Médico-Pédagogique du Clos Chauveau, soit :

— vers le retour dans une classe normale, pour ceux dont le handicap a pu être suffisamment bien compensé ;

— vers un Etablissement spécialisé pour Sourds ou Aveugles par exemple, si le déficit sensoriel ne permet aucune réinsertion sociale normale.

Une autre possibilité est offerte à ceux dont le déficit sensoriel ne constitue pas un trop sérieux handicap : c'est de se présenter à l'examen d'entrée en 6^e. Mais cet examen est commun aux enfants normaux et déficients.

En revanche, *des modalités particulières* sont arrêtées en ce qui concerne le *Certificat d'Etudes Primaires*. En effet, il existe un Centre Spécial de Certificat d'Etudes Primaires, qui fonctionne sur le plan départemental : les succès apparaissent

plus nombreux chez les Amblyopes que chez les Hypoacoustiques. L'expérience est tentée avec les Infirmes Moteurs.

D'autre part, un Groupe d'Observation est en place, avec une classe de 6^e et une classe de 5^e (C.E.G. allemand). Ce Groupe d'Observation est réservé aux enfants handicapés normalement admis. Les conditions d'admission sont identiques à celles autorisant l'entrée au Centre de Rééducations Spécialisées.

Le Clos Chauveau, qui réunit dans une même propriété et sous une même Direction une *Ecole de Plein Air* et surtout un *Centre de Rééducations Spécialisées*, accueille donc des enfants des deux sexes, de 5 à 14 ans, d'intelligence normale, présentant des *handicaps variés*.

Cette polyvalence de l'Etablissement, si elle est originale, est avant tout d'une efficacité incontestable. Elle permet de faire bénéficier des examens et des traitements tout enfant présentant des déficiences associées à un handicap majeur.

Mais il existe aussi une *dualité dans l'action éducative*, qui apparente le Clos Chauveau à un véritable Institut Médico-Pédagogique : les soins médicaux, la rééducation spécialisée et adaptée à chaque enfant se complète d'une pédagogie spéciale pour chacune des trois grandes catégories de déficiences.

La pédagogie et la rééducation spécialisée pour une catégorie de déficients va *s'individualiser* en vue de s'adapter à chacun des membres du groupe.

Cependant, le Clos Chauveau ne peut suffire à satisfaire à la fois les besoins de Dijon, de la Côte-d'Or et d'une partie de la Bourgogne. Et, à ce sujet, *il serait nécessaire de créer* :

Pour les Infirmes Moteurs :

— Une extension de l'Œuvre des Pupilles de l'Ecole Publique qui, avec un effectif de 96 enfants de moins de 14 ans, permettrait de considérer que les besoins d'équipement seraient satisfaits en ce qui concerne la rééducation motrice et la scolarisation primaire ;

— Des Etablissements pour les handicapés présentant des troubles associés, notamment pour les infirmes moteurs présentant une débilité mentale moyenne ou profonde.

Pour les Hypoacousiques :

— Les projets dont l'inscription était prévue au V^e Plan devraient suffire, semble-t-il, pour couvrir la totalité des besoins de la Bourgogne et de la Franche-Comté :

— Extension du Clos Chauveau de 61 à 74 places ;

- Création à Dijon d'un Centre Interrégional de Rééducation pour 72 demi-sourds de 6 à 16 ans d'intelligence suffisante sans langage ;

Création à Besançon d'un I.M.P. interrégional pour 60 débiles mentaux hypoacousiques.

— Mais il conviendrait aussi de prévoir :

— Un Centre Interrégional de dépistage précoce — dès 2 ans — des déficients auditifs ;

— Un Service de Rééducation pour Adultes à créer dans le cadre du Centre Hospitalier Régional.

Pour les Amblyopes :

— Un Etablissement pour débiles mentaux amblyopes, pour l'Interrégion Bourgogne-Franche-Comté. Un projet de 24 lits existe en Saône-et-Loire ;

— Une section professionnelle spéciale sera ouverte dans les futurs Instituts Médico-Professionnels de la Motte-Giron à Dijon (la formation professionnelle est actuellement assurée par l'Etablissement de Villeurbanne et la scolarisation secondaire par le C.E.G. de ce même établissement et le lycée Bellevue de Toulouse).

L'aérium de Coutivert

Faire figurer l'étude d'un Aérium dans un bilan des réalisations sanitaires et sociales pour l'Enfance Inadaptée peut paraître, a priori, dépasser quelque peu les limites d'un tel travail. Si cette remarque se justifie dans un sens très général, il faut cependant faire une exception en ce qui concerne l'Aérium de Coutivert, situé à l'Ouest de la Côte-d'Or, à quelques kilomètres d'Arnay-le-Duc.

Ce Centre Aéré, géré par l'*Œuvre des Pupilles de l'Ecole Publique*, fut créé en 1952 dans une ancienne propriété ayant abrité auparavant, et depuis 1934, une Ecole de Plein Air.

Cet établissement, agréé par les différents organismes sociaux de prise en charge, accueille, *en Internat*, 39 enfants — garçons de 6 à 12 ans, et filles de 6 à 14 ans — qui présentent de *petites déficiences physiques*. Mais ce qui en fait l'originalité, c'est qu'il reçoit, en pratique, des enfants offrant des handicaps légers *associés* et, à cet égard, il est un des rares Internats de ce type en Côte-d'Or.

En effet, si *l'altération de l'état général* constitue la justification de l'admission, elle n'est que *très rarement isolée*. Bien souvent, il s'agit d'enfants présentant également des *troubles du comportement* soit en classe, soit dans leur famille, ou un retard scolaire ; parfois encore, ce sont des « *cas sociaux* » pour lesquels un déconditionnement, un retrait du milieu familial très fruste s'avèrent profitables.

Les enfants sont originaires, pour les trois quarts, de la Côte-d'Or ; quelques-uns des départements limitrophes et les derniers du reste de la France.

Ils sont adressés le plus souvent par des Médecins qui les ont connus grâce au dépistage effectué par des Assistantes sociales.

Les troubles somatiques les plus fréquemment rencontrés se répartissent entre les convalescences prolongées de maladies infectieuses, les inappétences et les altérations de l'état général post-hivernales, les énurésies.

Dès son entrée, l'enfant est examiné par le Médecin de l'établissement qui est un généraliste installé dans une localité voisine. Ce médecin surveillera l'enfant si nécessaire tout au long de son séjour. Une Infirmière est chargée des soins quotidiens et de l'exécution des prescriptions.

L'enfant est alors admis pour une période minima de trois mois et est affecté à l'une des *deux classes de perfectionnement* annexées à l'Aérium.

La matinée est réservée entièrement à la classe ; *l'après-midi*, après une sieste prolongée d'une heure et demie, est consacré à l'*éducation physique* surtout centrée sur la gymnastique corrective, de maintien, aux jeux et promenades, à l'hygiène corporelle, aux visites médicales. Puis les classes reprennent

jusqu'au dîner. Avant le coucher, jeux d'intérieur, veillées de lecture ou d'initiation musicale réunissent tous les enfants. Aux jours de congé et pendant les vacances, les activités scolaires sont interrompues et laissent la place aux travaux manuels, aux jeux de plein air. Toutefois, les grands jeux fatigants et les longues promenades sont évités.

Les enfants sont encadrés par 3 monitrices qui assurent la surveillance générale, organisent jeux et activités d'expression, tandis qu'un Instituteur et une Institutrice spécialisés sont chargés des deux classes de perfectionnement. L'équipe éducative et pédagogique devrait se compléter, dans un avenir proche, d'un Psychologue.

L'observation continue des enfants est le principe auquel s'attachent tous les membres de cette équipe éducative, en l'absence de véritables réunions de synthèse difficiles à réaliser.

Eventuellement, une prolongation de séjour peut être demandée, en accord avec le Médecin, aux organismes sociaux de prise en charge.

Et c'est là qu'une *amélioration s'avère indispensable* pour assurer une observation plus complète du développement somatique et psychique de l'enfant. Lorsque l'on sait que *le séjour moyen* de chaque pensionnaire excède *rarement plus de 4 mois* et que la plupart des enfants présentent une déficience déjà ancienne de l'état général souvent associée à une instabilité caractérielle, une carence éducative ou un retard scolaire, il semble dans ces conditions qu'un séjour de 8 à 12 mois serait dans tous les cas justifié. Outre qu'elle permettrait une stabilisation de l'état psychosomatique, une telle *prolongation de séjour* autoriserait également la formation d'unités de vie à l'Internat, ce qui ne peut être réalisé actuellement en raison de la trop grande mouvance de l'effectif.

Enfin, la *création d'un Service de Suite* serait également à envisager, bien qu'une proportion non négligeable d'enfants récemment sortis garde spontanément le contact avec le Centre.

Si l'*Aérium de Coutivert* répond toujours à sa destinée primitive : accueillir « des enfants relevant d'une affection médicale ou chirurgicale entraînant une longue convalescence, ou dont l'état général est atteint, et devant être soustraits à la contamination tuberculeuse et séparés du milieu familial », il *s'oriente également vers une rééducation psycho-pédagogique*

facilitant la réadaptation sociale de ses pensionnaires. Peut-être, la législation autorisant l'ouverture de tels Centres Aérés devrait-elle s'adapter aussi à la nécessité de créer des Aéria pour enfants présentant des déficiences physiques légères et psycho-pédagogiques associées.

Le Foyer et l'atelier protégé de l'Association des Paralysés de France, pour les handicapés physiques, à Dijon

L'Atelier-Foyer est installé dans une propriété ayant deux entrées, 13, cours du Parc et 24, rue de Longvic, à Dijon. Il est géré par l'*Association des Paralysés de France*.

L'Atelier-Foyer a été créé pour donner aux grands *handicapés moteurs* une vie de travail aussi proche que possible de celle de travailleurs bien portants.

Il s'agit d'un établissement à but non lucratif dont l'équilibre budgétaire est nécessaire pour assurer son autonomie.

LES ATELIERS.

Deux Ateliers fonctionnent, avec un effectif maximum de 45 ouvriers, dont l'âge d'admission s'échelonne de 18 à 40 ans :

— *Un Atelier, géré « commercialement »*, de vannerie fine pour fleuristes, y compris menuiserie et peinture, travail de l'osier et du rotin. En sont exclus :

- les hémiplégiques droits ;
- les hémiplégiques gauches n'ayant pas au minimum la pince bidigitale ;
- tous les handicapés des membres supérieurs n'ayant pas une force musculaire suffisante pour clouer et tirer avec force sur les osiers ;
- ou présentant une incoordination très accentuée ;
- ou ne pouvant pas garder la position assise toute la journée.

— *Un Atelier de « sous-traitance »* de petits montages mécaniques et d'appareillages électriques, câblage. Ne sont pas admis :

- tous ceux qui n'ont pas une intégrité totale des membres supérieurs.

Chaque atelier est dirigé par un Chef d'atelier responsable. L'entretien des locaux de travail est assuré chaque soir par les plus valides, en équipes, par roulement.

Les candidats doivent justifier des aptitudes physiques et manuelles *compatibles* avec les métiers exercés, être bénéficiaires de l'Aide sociale et avoir une invalidité d'au moins 80 %.

Le recrutement est national, mais 25 % des effectifs sont originaires de la région ; il se fait par l'intermédiaire des Services sociaux de l'Association et par les Commissions d'Orientation des Infirmes.

L'horaire hebdomadaire de travail est de 40 heures avec repos d'un jour et demi, et congés payés annuels d'un mois l'été et de 10 jours l'hiver.

La constitution d'un dossier d'admission est obligatoire pour tout sujet désirant entrer à l'atelier. Ce dossier comprend une fiche de renseignements administratifs, une fiche de renseignements sur les connaissances scolaires, la qualification professionnelle, le milieu familial et social d'origine, un compte rendu d'un examen de sélection psychotechnique, une fiche de renseignements médicaux. Cette dernière mentionne : la nature de la maladie entraînant la déficience motrice, les antécédents pathologiques, l'état actuel et les possibilités fonctionnelles (topographie des paralysies, déformations éventuelles, aptitudes fonctionnelles), l'état général et les conclusions de l'examen clinique. Cette feuille médicale doit être complétée du résultat d'un examen radioscopique et d'un certificat de non-contagion.

L'admission ne sera définitive qu'après une période d'essai maxima de trois mois. La décision est prise au cours d'une réunion entre la Directrice, le Chef d'atelier et l'Assistante sociale.

Le renvoi peut être motivé pendant ou après cette période d'essai pour une insuffisance de rendement due à une inadapation motrice, psychomotrice ou même à une volonté défailante.

Chaque ouvrier, après un stage d'essai, *touche un salaire mensuel* comprenant un salaire fixe et une prime d'effort. Ce salaire lui permet de bénéficier de l'Allocation de Compensation au titre de l'Aide sociale et de payer sa pension au Foyer.

LE FOYER.

Le Foyer est voisin des Ateliers. Il comporte deux bâtiments séparés par une cour et un jardin.

L'un, desservi par un ascenseur, abrite 26 lits, en boxes de 1 ou 2 lits, facilement accessibles aux garçons en fauteuil roulant.

L'autre, pour 14 garçons pouvant monter les escaliers, avec rampe, en chambres de 2 à 5 lits, aux premier et deuxième étages.

Sur 40 pensionnaires, 5 ont moins de 19 ans.

Des installations sanitaires modernes sont à la disposition des pensionnaires.

Deux salles de repos sont installées, dont l'une avec fauteuils confortables, bibliothèque, jeux divers, télévision et discothèque. Quelques *activités culturelles* sont proposées au cours de l'année aux pensionnaires : conférences, projections de films, commentaires de disques, sorties.

La salle à manger, claire et spacieuse, est accessible aux fauteuils roulants par une rampe : les ouvriers externes comme les pensionnaires du Foyer peuvent y prendre leurs repas.

Le Foyer est ouvert toute l'année, sauf pendant les mois d'été coïncidant avec la fermeture de l'atelier pour permettre les congés du personnel. En dehors des heures des repas, la plus grande liberté est laissée aux garçons.

Le Foyer fonctionne donc comme un Foyer de Jeunes Travailleurs et *n'est pas un Centre Médical*. Les pensionnaires, en cas de nécessité, peuvent appeler le Médecin de leur choix. Toute maladie grave entraîne l'hospitalisation. Une Infirmière de quartier peut donner les soins éventuellement nécessaires aux frais des garçons qui en ont besoin.

L'Atelier-Foyer de Dijon, qui *n'est ni un Centre d'Apprentissage ni un simple établissement industriel ou commercial*, répond bien à ce que l'on est en droit d'attendre d'un Atelier Protégé ; il permet à des Infirmes Moteurs que leur état empêche de reprendre une vie professionnelle normale, sans qu'ils soient pour autant inaptes au travail, de s'y consacrer dans des conditions compatibles avec leur infirmité.

L'Amicale des aveugles civils de la Côte d'Or

Il y a une douzaine d'années, « l'Amicale des Aveugles Civils de la Côte-d'Or et Région » ouvrait, à Dijon, 22, rue Le Jolivet, le Foyer des Aveugles de la Côte-d'Or.

Ce Foyer, ainsi que l'Atelier qui lui est adjoint, est destiné à des sujets du sexe masculin, de plus de 21 ans, dont la vision, pour les deux yeux, est inférieure à 1/20^e.

L'Etablissement, qui n'admet ni enfants ni adolescents, n'entre donc pas dans le cadre de cette étude.

Mais l'Amicale des Aveugles joue un rôle non négligeable *d'assistance aux familles* ayant un *enfant déficient visuel grave*.

En effet, « l'Amicale des Aveugles Civils de la Côte-d'Or et Région », affiliée à la « Fédération Nationale des Aveugles Civils de France » et à l'« Amitié des Aveugles de France », compte actuellement 135 adhérents. Outre son appui financier accordé au Foyer, elle apporte son *aide aux parents d'enfants aveugles*, adhérents à l'Association. En particulier, elle recherche les possibilités de scolarisation, de formation professionnelle et de placement, en général, des enfants déficients visuels graves, de la Côte-d'Or, dès qu'ils ont atteint l'âge de 5 ans.

LES ENFANTS PRESENTANT DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ET DE LA CONDUITE

En matière d'*Enfance socialement inadaptée*, il importe de prendre conscience de la différence fondamentale entre *mesure éducative* et *peine*. La peine est liée à un fait pénal qui en commande la durée. Elle constitue la conséquence d'un acte et sa durée se mesure à l'importance de cet acte, à la gravité du fait pénal. Or, la grande majorité des jeunes délinquants commettent des infractions légères qui ne peuvent entraîner que de courtes peines : celles-ci conduisent à une impasse car elles rendent l'action éducative impossible, faute d'une durée indispensable.

Le législateur a été ainsi conduit à abandonner la notion de sanction rétributive, liée à l'importance objective d'un acte interdit, pour retenir la *notion d'une aide éducative*, non liée à l'acte, mais aux *besoins de la personne*. C'est en cessant d'être une sanction que la mesure éducative est devenue une réalité face à la peine.

Puis, du régime spécial pour jeunes délinquants, la mesure s'est progressivement détachée de la notion de faute et d'acte pénal. Et, *depuis l'ordonnance du 23 décembre 1958*, « le mineur dont la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation sont compromises » du fait des parents ou de son propre fait, peut bénéficier, comme le jeune délinquant, d'une mesure d'action éducative.

La rééducation des mineurs devient ainsi une mesure de protection purement civile, sans lien avec le droit pénal. Elle ne tient compte que d'un avenir à préparer *sans référence à une notion de faute*, ni pénale, ni civile ni même morale.

La mesure sera *purement éducative* s'il s'agit seulement de demander à l'éducation d'empêcher que certaines tendances naturelles de l'enfant ne s'investissent dans des actes délictueux et ne soient à l'origine de comportements asociaux.

Elle suscitera *une action psychologique* ou *médico-psychologique*, dans tous les cas où des facteurs d'inadaptation auront été détectés.

En bref, la notion d'un traitement éducatif et psychologique du jeune caractériel ou du jeune délinquant, traitement adapté à sa personnalité et devant l'amener à s'insérer normalement dans les structures sociales, devient primordiale. Il est donc très exact de dire que l'évolution se réalise par la substitution de cette notion de traitement à la notion d'une peine rétributive proportionnée à la seule gravité du délit commis.

Le traitement doit toujours être exécuté dans des conditions de grande souplesse et la *substitution d'une mesure à une autre* doit être possible afin que l'action menée soit toujours appropriée au degré d'évolution du sujet au cours de sa rééducation.

L'action éducative ne peut donc se définir que comme une aide apportée au mineur *en fonction des besoins* de sa personne. La célèbre question : « De quoi le mineur a-t-il besoin ? » demeure fondamentale. Il faut la compléter par une deuxième question : « Les besoins du mineur étant déterminés, sommes-nous en mesure d'apporter une aide ? » La rééducation ne peut imposer au mineur des obligations que dans la mesure où il a été honnêtement répondu à ces deux questions.

Le choix des mesures supposait le dépistage et l'observation des mineurs : ces deux étapes ont été vues dans les chapitres précédents. Le moment est venu d'aborder l'étude des *établissements et des services qui ont la charge d'appliquer les mesures éducatives*. Nous ne ferons que citer les mesures pénales.

Malgré la multiplicité infinie des cas, la diversité des modes d'intervention et des formes de l'action éducative, *le même problème essentiel* se pose pour le mineur : celui de *son avenir*, que celui-ci soit compromis du fait de ses parents ou de son propre fait. De ces notions découlent les principes qui inspirent l'action éducative. Celle-ci s'intéressera au mineur seul ou, à la fois, au mineur et à ses parents et même à son milieu de vie habituel.

Nous verrons successivement, dans ce chapitre :

● LES MESURES ÉDUCATIVES :

- les mesures judiciaires ;
- le Service d'Action Educative en Milieu Ouvert et de Tutelle aux Allocations Familiales ;

- le Service de Liberté Surveillée près le Tribunal de Dijon ;
le placement familial ;
- le Foyer de Semi-Liberté du Mas d'Azil ;
- le Bon Pasteur de Dijon avec son Foyer de Semi-Liberté et son Service de Post-cure ;
- le Centre Educatif et Professionnel de Velars-sur-Ouche ;
- la Maison d'enfants « Les Charmilles », à Fleurey-sur-Ouche.

● LES MESURES PÉNALES :

- la Maison d'Arrêt de Dijon.

Les mesures éducatives

LES MESURES JUDICIAIRES

Dans la gamme des décisions que peut prendre le Juge des Enfants, deux sont des mesures éducatives par elles-mêmes et se réalisent par la seule intervention du Juge. Ce sont : *l'admonestation* et *la remise du mineur* à ses parents, à son tuteur ou à la personne qui en avait la garde. Il y a lieu de mettre à part la remise à une personne digne de confiance, qui est une mesure à plus longue portée et qui constitue un véritable retrait du droit de garde. Cette mesure s'apparente aux placements familiaux.

L'ADMONESTATION.

L'admonestation est la mesure *la plus bénigne* qui puisse être imaginée. Elle a été légalisée par l'ordonnance du 2 février 1945 et confiée au Juge des Enfants.

C'est le seul cas où *le Juge exécute lui-même sa sentence*, et joue lui-même un rôle d'éducateur.

Cette mesure peut avoir *une réelle portée éducative* à l'égard d'un mineur normal qui n'a commis son acte que par manque de discernement, par ignorance de la loi pénale, par légèreté ou par entraînement et lorsque tout laisse prévoir qu'il saura se rendre compte de ce qu'il a fait, et se conduira à l'avenir d'une manière plus sociale.

LA REMISE AUX PARENTS.

La remise aux parents, au tuteur ou à la personne qui en avait la garde est une mesure très voisine et, en fait, *s'accompagne souvent d'une admonestation* du Juge des Enfants. C'est dans cette admonestation que résidera la valeur éducative de la mesure ou, plutôt, dans le commentaire que le Juge en fera à l'enfant et, en général, également à ses parents. Le Droit français autorise encore le Juge des Enfants à compléter cette mesure par l'imposition de certaines obligations suivant le détour de la Liberté Surveillée.

LE SERVICE D'ACTION EDUCATIVE EN MILIEU OUVERT ET DE TUTELLES AUX ALLOCATIONS FAMILIALES

8, rue Docteur-Chaussier, Dijon

L'ACTION EDUCATIVE EN MILIEU OUVERT.

L'Action Educative en Milieu Ouvert, se substituant à l'Assistance Educative (loi de 1935), a pris tout son relief avec *l'ordonnance du 23 décembre 1958*.

Elle peut être mise en œuvre, non seulement dans le cas de mineurs perturbés dans des familles déficientes, mais aussi en faveur de mineurs présentant des troubles du comportement dans une famille normale, ou au contraire de mineurs ne posant pas de problèmes personnels mais dont la famille a besoin d'être suivie.

Aux termes de l'ordonnance de 1958, peuvent donc être concernés par cette mesure, « les mineurs de moins de 21 ans dont la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation sont compromises », soit du fait des parents, soit du fait des mineurs eux-mêmes.

L'Education en Milieu Ouvert *maintient le mineur dans son milieu naturel*. Elle permet une normalisation directe et immédiate du mineur qui peut bénéficier ainsi de toutes les possibilités offertes par le « monde réel ». Enfin, cette action insère le mineur définitivement dans le milieu où il est appelé à vivre.

L'idée de Prévention s'introduit déjà dans l'esprit de l'ordonnance de 1958, puisqu'elle permet d'intervenir pour protéger l'enfant, non seulement contre un danger actuel, mais aussi

contre un danger éventuel. D'autre part, même lorsque existent déjà des faits dont la nature et la gravité auraient pu motiver une action en déchéance ou un retrait du droit de garde, il est possible d'éviter, par des mesures éducatives appropriées, la dislocation du milieu familial, épargnant ainsi à l'enfant le traumatisme affectif d'une rupture avec sa famille.

Le but de l'Action Educative en Milieu Ouvert est donc d'assurer aux enfants une protection, un développement, une éducation satisfaisants dans leur milieu affectif normal, c'est-à-dire *dans le milieu familial*.

Certaines difficultés, certaines carences ayant été signalées dans ce milieu, il s'agit d'en vérifier l'existence, d'en apprécier la nature, le degré, d'en découvrir les causes profondes et réelles ; il s'agit également d'apprécier les possibilités d'amélioration susceptibles d'y être apportées, compte tenu du caractère, des besoins de chacun, des circonstances de tous ordres, favorables ou défavorables, qui ont joué ou joueront un rôle bienfaisant ou néfaste.

Ces facteurs, ces circonstances seront connus en partie par l'*enquête sociale qui sert de point de départ* à tout le travail, mais aussi à l'occasion de l'action concomitante entreprise.

Cette enquête, en effet, acquiert toute sa valeur grâce aux données recueillies au cours de l'aide effective apportée à la famille dès le début.

Le premier souci de l'Assistante ou de l'Educatrice chargée de la surveillance éducative est d'éveiller *chez les parents la conscience de leurs responsabilités*, de les aider à mieux comprendre les besoins, l'intérêt de leurs enfants. Une fois qu'elle a acquis leur confiance, l'éloignement temporaire d'un enfant, elle encourage et dirige leurs efforts.

Mais là ne se borne pas son rôle : à côté du travail psychologique, qui requiert patience et diplomatie, l'Assistante doit mettre au service de la famille toute la *science pratique du Service social en général*. La plupart du temps, il ne suffit pas de conseiller une solution, il faut aider à sa préparation, à sa réalisation.

Au cours d'une intervention, qu'il faut parfois *prolonger plusieurs années* pour faire œuvre vraiment éducative et durable, l'Assistante ou l'Educateur est ainsi amené à avoir de fréquents contacts, non seulement avec chacun des membres du groupe

familial, mais encore avec les milieux avoisinants, de même qu'avec tous les organismes susceptibles d'apporter un concours nécessaire.

L'action de l'Assistante ou de l'Educateur est ainsi appelée à s'exercer sur de *nombreux aspects de la vie de tous les jours* : la santé physique et mentale des enfants et des parents, les problèmes liés à la scolarité, l'organisation des loisirs, de l'orientation professionnelle, de l'apprentissage, du travail, tous les problèmes relatifs au logement, à l'éducation ménagère des mères, à la gestion du budget.

LA TUTELLE AUX ALLOCATIONS FAMILIALES.

Lorsque l'organisation budgétaire est réellement trop mauvaise, une *tutelle aux allocations familiales* peut être ordonnée.

La loi du 22 août 1946 prévoit que « dans les cas où, donnant droit aux Allocations Familiales, les enfants sont élevés dans des conditions d'alimentation, de logement ou d'hygiène manifestement défectueuses, ou lorsque le montant des allocations n'est pas employé dans l'intérêt des enfants, le versement des Allocations Familiales peut, en tout ou partie, être effectué non au chef de famille, mais à une personne physique ou morale qualifiée, dite tuteur aux Allocations Familiales suivant les modalités fixées par règlement d'Administration publique ».

Le Service chargé des mesures de Tutelles aux Allocations Familiales doit donc envisager deux aspects :

- la gestion des fonds,
- la rééducation des familles, car les mesures de tutelles sont le plus souvent assorties d'une mesure d'Assistance Educative.

La Tutelle aux Allocations Familiales *s'accorde* donc parfaitement avec l'Assistance Educative ; chacune des deux mesures facilite l'application de l'autre et en renforce les effets.

C'est sur requête du Parquet que le Juge des Enfants prononce la Tutelle. Le Parquet introduit cette requête, soit au vu d'enquêtes de police qu'il a ordonnées à la suite de plaintes, soit après avoir été saisi par le Directeur départemental de l'Action sanitaire et sociale.

Pour assurer cette double tâche — Action Educative et Tutelle aux Allocations Familiales —, le département a été divisé sur une base géographique en secteurs, comprenant chacun une partie du département et une partie de l'agglomération dijonnaise, avec des Travailleurs sociaux pour les secteurs, et des Travailleurs sociaux et paramédicaux dans des tâches particulières.

En principe, les *Assistentes sociales* au nombre de 5 ont la charge de la surveillance des familles en Assistance Educative et assurent la gestion des Tutelles aux Allocations Familiales.

Les *Educateurs* au nombre de 3 ont gardé certaines familles dont ils s'étaient particulièrement occupés au sein de l'Ex-Association de gestion des mesures de Tutelles et Assistances Educatives, ou lorsque les aînés de ces familles relèvent de leur compétence. Mais les cas nouveaux sont, pour eux, ceux des « Grands Mineurs » en particulier.

Ce personnel social et éducatif permanent est renforcé par l'adjonction temporaire de stagiaires de l'Ecole d'Assistentes Sociales et de l'Ecole d'Educateurs Spécialisés de Dijon.

En dehors de cette *organisation sectorielle*, certains éléments spécialisés apportent leur concours aux responsables des secteurs suivant les besoins : le Psychologue-orienteur, du Service de Psychologie et des Auxiliaires Familiales.

Enfin, depuis le mois de mai 1966, le Service jouit d'une *autonomie complète*, étant en mesure d'assurer la Protection Maternelle et Infantile (P.M.I.) avec une puéricultrice et une auxiliaire puéricultrice.

Deux sections ont été créées :

— la section des « Grandes Mineures » : 51 filles de 14 à 20 ans (14);

— la section des « Grands Mineurs » : 49 garçons de 13 à 19 ans (14).

Le nombre important d'adolescentes dans les familles qui sont suivies par le Service, les problèmes posés par ces jeunes, tant sur le plan de la mise au travail que de l'organisation de leurs loisirs, sont les principales raisons qui ont amené des responsables de l'Action Educative à créer une section plus spécialement chargée de ces Mineures. Du fait des carences de leur milieu naturel, il est apparu indispensable qu'elles soient

(14) En 1965.

individuellement suivies et dirigées, pour faciliter leur adaptation à la vie professionnelle et c'est là le travail que font les Educatrices chargées de cette section avec compétence et désintéressement.

Sur cet effectif de 51 Grandes Mineures :

- 21 sont âgées de 14 à 15 ans.
- 16 sont âgées de 16 à 17 ans.
- 9 ont 18 ans et plus.
- 43 font l'objet d'une mesure d'Assistance Educative collective s'étendant à toute la famille.
- 8 ont été confiées individuellement au Service par le Juge des Enfants.

Leur situation familiale et sociale est la suivante :

- 32 dans leur famille, avec ou sans activité professionnelle ou scolaire.
- 12 logées chez l'employeur.
- 4 sont dans une famille amie ou parente, ou une famille nourricière.
- 3 sont en Internat scolaire ou professionnel.
Activités scolaires et professionnelles :
- 19 sont encore scolaires.
- 29 ont une activité professionnelle.
- 3 n'ont actuellement aucune activité.

Cas terminés au cours de l'année 1965 :

- 6 mineures sont sorties des effectifs, à la suite d'événements divers ayant entraîné la mainlevée de la mesure d'Assistance Educative.
- 2 se sont mariées.
- 2 ont quitté le département.
- 2 autres ont été placées :
 - l'une à l'Aide sociale à l'Enfance, à la demande de la famille à la suite de troubles graves du comportement ;
 - l'autre dans un Centre d'Observation à la suite de plusieurs incidents.

« *Les Grands Mineurs* », par leur nombre, ont également justifié la création d'une section spéciale. En principe, pris en charge par un Educateur à la sortie de leur scolarité, après examen d'orientation professionnelle, ils sont dirigés vers les métiers pour lesquels ils semblent le plus aptes. Il faut, cependant, considérer que le Service compte une proportion importante de débilés, difficilement plaçables, que d'autre part, il n'est pas prévu de prix de journée différents, ni de subventions pour ces cas spéciaux, et enfin qu'à l'action éducative des Educateurs s'oppose souvent l'influence néfaste des parents, qui préfèrent un gain à la place de l'apprentissage.

Sur un effectif de 49 garçons :

- 22 sont en apprentissage sous contrat.
- 21 sont ouvriers ou manœuvres.
- 6 sont écoliers.

Leur âge s'établit comme suit :

- 6 ont 19 ans.
- 12 ont 18 ans.
- 11 ont 17 ans.
- 17 ont de 13 à 16 ans.

En 1965, il y a eu :

- 1 mainlevée ;
- 1 observation au C.O. de Chenôve ;
- 2 internements ;
- 1 remise à l'Aide sociale à l'Enfance.

Au cours de l'année 1965, les activités de l'ensemble des deux Services — Action Educative en Milieu Ouvert et Tutelle aux Allocations Familiales — ont été les suivantes :

- Nombre total de familles suivies :
 - en milieu urbain : 96
 - en milieu rural : 208
- Tutelle aux Allocations Familiales :
 - Fonds gérés : 380 000 F
- Action Educative en Milieu Ouvert :
 - Nombre de journées : 386 434
 - Nombre d'enfants : 1 038

— Activités :

Nouvelles mesures Action Educative : 44 familles
Tutelle aux Allocations Familiales : 6 familles
Mainlevées : 62

— Placements :

volontaires : 40
judiciaires : 55
médicaux : 25

— Démarches : 2 886.

— Visites : 3 668.

Depuis la réorganisation du Service en 1965 et l'augmentation des familles à charge, *quelques difficultés* sont apparues :

— *Le fait que le Service n'ait pas la garde des mineures* est un handicap sérieux. Les interventions, en particulier les tentatives de mise au travail, se heurtent souvent à l'opposition parfois intéressée des familles.

— *Le prix de journée très modique* limite également l'action du Service.

— Chaque jour se fait sentir de plus en plus la nécessité d'héberger momentanément les mineures qui ont perdu leur emploi et sont en attente d'une autre place. Faute de quoi les adolescentes doivent être renvoyées dans un milieu familial souvent très déficient. Il devient donc indispensable d'envisager la création d'un petit « *Foyer d'accueil* » offrant quelques lits en cas d'urgence.

— *La grave lacune en matière de loisirs* à proposer aux garçons de Dijon ou des localités importantes oblige à prévoir des activités dirigées.

En conclusion, si l'année 1965 a été une année de réorganisation et de démarrage du Service dans une formule nouvelle, les résultats encourageants déjà obtenus ont pu l'être grâce à la compétence et au désintéressement de tout le personnel, à la solidité de l'équipe et aux connaissances communes des problèmes.

De plus, il faut souligner que cette tâche a pu être menée à bien, grâce au concours du Centre Régional de Bourgogne pour

l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées et la compréhension constante dont ont fait preuve les Magistrats, la Direction de l'Action sanitaire et sociale et les Caisses d'Allocations Familiales.

LE SERVICE DE LIBERTE SURVEILLEE PRES LE TRIBUNAL POUR ENFANTS DE DIJON

La mise en Liberté Surveillée constitue actuellement une des mesures éducatives les plus utilisées.

Elle consiste, après la détermination soigneuse de l'environnement social, familial, économique et sanitaire de l'enfant, après l'observation minutieuse de sa personnalité et l'étude des moyens propres à sa réadaptation, à mettre en œuvre *une action éducative et de surveillance imposée judiciairement* sur un enfant dont la liberté n'est, par ailleurs, pas autrement atteinte.

Cette mesure est exercée, sous le contrôle du Magistrat qui l'a prescrite, *par un délégué* intégré volontairement et bénévolement dans un Service organisé, ayant ses méthodes et ses techniques, et que dirige un spécialiste de la rééducation, appelé « délégué permanent à la Liberté Surveillée ».

Véritable instrument à caractère juridique et sociologique mis à la disposition du Juge des Enfants, la Liberté Surveillée est destinée à faciliter ou à compléter l'observation, l'épreuve ou la rééducation d'un mineur laissé ou non dans son milieu naturel de vie.

Elle peut prendre diverses formes, selon qu'elle est ordonnée en cours d'instruction pour une mise en place immédiate de conditions de vie plus favorables au développement heureux du mineur : c'est la Liberté Surveillée provisoire ; pour une investigation méthodique de sa personnalité : c'est la Liberté Surveillée d'observation ; ou bien, par un jugement du Juge des Enfants ou du Tribunal pour Enfants, à titre d'épreuve ou à titre définitif : c'est alors la Liberté Surveillée d'éducation, type le plus courant et le plus caractéristique. Elle peut encore intervenir après un placement et pour assurer le passage de l'Internat à la vie sans contrainte et prendre alors la forme de post-cure.

Il semble donc, à première vue, que cette mesure, qui présente les mérites d'une remarquable *économie de moyens*,

d'argent, de personnel spécialisé, de traumatismes pour l'enfant, qui laisse les choses en place en s'efforçant de les améliorer, se situe à mi-chemin entre la mise en Internat et la remise inconditionnelle à la famille. Elle est destinée à ceux des jeunes inadaptés dont *le milieu*, tout en ayant révélé certaines insuffisances, est de ceux à qui on peut faire confiance.

En fait, si la Liberté Surveillée est, en effet, prévue pour ces *situations moyennes*, il est probable qu'elle pourrait l'être aussi efficacement *dans bien d'autres hypothèses* : telles celles où l'acte ou la conduite reprochés apparaissent comme accidentels, imprévisibles d'après le passé de l'enfant, et dus à une faiblesse passagère aussitôt regrettée et susceptible d'être dominée. L'acte antisocial peut encore être le fait d'une carence du milieu de vie, carence qui semble pouvoir être corrigée avec les ressources de la cure libre ; il peut être dû enfin à une mauvaise orientation professionnelle qui sera rectifiée dans les mêmes conditions. Un sentiment de culpabilité excessif risquerait alors d'être renforcé chez l'enfant par un placement, inévitablement ressenti par lui comme une mesure anormalement sévère. De même, un attachement familial fort risque d'amener un choc affectif grave chez l'enfant qui se voit éloigné de sa famille. A l'inverse, si les liens familiaux, déjà très relâchés, risquent d'être définitivement brisés par une absence prolongée, ou si un sentiment de frustration familiale risque d'être aggravé parce que l'enfant croira que l'on s'est débarrassé de lui en le « faisant enfermer », la mesure qui le laissera chez lui sera préférable à toute autre.

Dans le cas d'adolescents passifs, à la personnalité faible et volontiers attirés par les solutions de facilité, la mesure de Liberté Surveillée sera à préférer à celle du placement en Internat où le mineur risquerait de trouver un style de vie conformiste dans lequel il s'intégrerait sans peine. Le redressement de la conduite en Liberté Surveillée est encore à préconiser dans le cas de mineurs d'une origine ethnique particulière ou dans celui d'enfants lassés de la vie d'Internat subie depuis des années et qui se sont fait une raison ou qui en sont excédés.

S'adressant à de tels mineurs, la mesure de Liberté Surveillée doit donc être ordonnée, de préférence, *dans les premières années de l'adolescence*, lorsque l'avenir professionnel de l'enfant n'est pas encore engagé et sa personnalité pas encore

fixée. Quoi qu'il en soit, la mesure peut s'appliquer, légalement, à tout mineur de moins de 18 ans, pour crimes, délits ou contravention de cinquième classe.

Le Service de Liberté Surveillée près le Tribunal pour Enfants de Dijon, sous l'autorité et le contrôle du Juge des Enfants, est assuré par deux « *délégués permanents* », professionnels salariés, encadrant des « *délégués bénévoles* ». L'originalité du système français réside, en effet, dans l'emploi de ces derniers. Après plusieurs années d'expérience, il semble bien que l'institution soit parfaitement valable et que, en dehors des avantages économiques qu'elle présente, le caractère de gratuité du délégué bénévole apporte, dans l'action menée sur l'enfant et sa famille, un indiscutable intérêt.

Mais, et cette constatation s'impose de plus en plus, les délégués bénévoles ne sont efficaces et le système n'est applicable que dans la mesure où *les délégués permanents sont assez nombreux* pour soutenir les bénévoles, les conseiller, les informer, renforcer leur autorité, modérer leur zèle, éventuellement les remplacer. L'idéal, en cette matière, serait un délégué bénévole par mineur et un permanent pour 60 à 70 mineurs : c'est ce qui est pratiquement réalisé à Dijon où deux délégués permanents ont la charge de l'éducation de 120 à 130 mineurs.

Dès le moment où la mesure sera prise, le délégué aura la responsabilité d'observer le comportement de l'adolescent et de guider son éducation. Aux côtés du Juge, et en présence de la famille, il assiste en Chambre du Conseil à la signification de la mesure au mineur. Cette première prise de contact sera suivie d'un entretien dans le bureau du délégué où les renseignements sur le milieu social et familial permettent d'établir le dossier initial. Par la suite, celui-ci mentionnera, outre des éléments personnels, les buts que se sera fixés le délégué.

Un délégué bénévole sera nommé chaque fois que cela est possible. C'est lui qui, étant en contact étroit avec le mineur et sa famille et grâce à ses relations avec les milieux sociaux et professionnels de la même localité où réside l'adolescent, pourra assurer la meilleure action éducative. Il observera et appréciera l'évolution du comportement du sujet en classe, au travail, dans le milieu familial. Il tentera d'obtenir la coopération de la famille qui, souvent, a mal compris ou mal accepté la mesure et qui, parfois, se sent frustrée de ses droits. Il s'inquiètera, éga-

lement, des possibilités de loisirs, en apportant ou en proposant des activités de remplacement à celles qu'il défend. Il ne négligera pas non plus de surveiller la gestion du budget de l'enfant. Un « Comité de patronage » est éventuellement amené à lui accorder une aide financière.

Mais c'est au délégué permanent que revient la responsabilité de suivre le déroulement de la mesure : un compte rendu écrit, faisant état de tout ce qui a été fait, sera établi et joint au dossier. En cas d'amélioration du comportement du mineur, le délégué permanent peut proposer au Juge une demande de mainlevée de la mesure. En revanche, tout « *incident à la Liberté Surveillée* » sera noté et communiqué au Magistrat qui peut alors, après avoir statué sur le cas considéré, ordonner une autre mesure telle qu'un placement en Internat, par exemple. Dans tous les cas, la mesure de Liberté Surveillée, qui aura pu être prononcée jusqu'à l'âge de 21 ans, fera l'objet d'un rapport trimestriel la première année, d'un rapport semestriel la seconde année et de rapports annuels les années suivantes.

La Liberté Surveillée apparaît donc ainsi comme « une mesure d'éducation qui consiste à maintenir l'enfant dans son milieu de vie naturel, familial ou supplétif en chargeant un délégué, sous l'autorité et le contrôle du Juge, de compléter ou de corriger l'action éducative de ce milieu, et de suivre l'évolution de l'enfant ».

La souplesse extrême de cette méthode, les techniques aujourd'hui établies avec le plus large souci de laisser la place à l'imprévu, à l'impondérable, cette action qui s'adapte, sans rigidité, aux diverses manifestations d'une vie d'adolescent sur laquelle elle se porte sans la contraindre sont d'une très grande portée éducative.

LE PLACEMENT FAMILIAL

LES SERVICES D'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE.

LA SOCIÉTÉ BEAUNOISE DE PROTECTION DE L'ENFANCE.

Le mineur peut être maintenu en milieu ouvert, hors de sa famille d'origine. Ce serait une erreur de n'offrir que le choix entre le maintien dans la famille et le renvoi en Internat.

Des solutions intermédiaires existent : le *placement familial* et le *foyer de semi-liberté*.

Le *placement familial* a été développé dans certains pays européens, particulièrement aux Pays-Bas. Il l'est moins en France par les Services de l'Aide sociale à l'Enfance.

Les adolescents sont placés dans *des familles d'accueil*, et le placement est obligatoirement surveillé par un établissement d'Observation ou de Rééducation recevant la même catégorie de sujets.

L'impossibilité de financer correctement le placement a réduit son domaine aux familles des employeurs, placement peu satisfaisant car il appartient aux « parents de substitution » de vérifier les conditions de travail ainsi que l'application des lois sur la protection des mineurs et sur les salaires.

Il y a peut-être une *réhabilitation à faire du placement familial*. Autant le placement agricole d'autrefois ne convenait pas aux jeunes inadaptés, originaires pour la plupart des villes, autant le placement en milieu urbain, ou semi-urbain ou même rural mais proche d'un centre de rééducation bien équipé, doit être encouragé.

Le placement éducatif intervient dans des conditions très différentes *suyant l'âge du mineur*.

L'enfant d'âge *pré-scolaire* est placé dans un milieu familial de substitution. Le but est l'intégration progressive du mineur dans ce milieu de remplacement et la coupure d'avec le milieu d'origine.

L'enfant d'âge *scolaire et professionnel* ne peut plus être coupé de ses parents d'origine. Le placement peut, néanmoins, jouer un rôle important. La famille d'accueil exerce ici une fonction éducative et curative, étant entendu que le retour dans la famille d'origine n'est pas exclu. Il s'agit de placement urbain avec Externat scolaire ou professionnel. Il convient spécialement à des mineurs appartenant à des familles dissociées ou mal logées, qui ne peuvent s'occuper en fait de leurs enfants.

Les *familles d'accueil* devront être choisies dans des milieux de la même nature que celui de l'enfant, compte tenu de « l'équilibre, la moralité, l'intelligence, l'adaptation professionnelle et sociale, et surtout de la réussite dans l'éducation de leurs propres enfants ».

C'est sous la surveillance du Médecin psychiatre que, dans tous les cas, la rééducation des mineurs placés dans des familles d'accueil devra être conduite. Les visites de l'Assistante sociale devront être suffisamment fréquentes. Enfin, le Service de Placement Familial doit intervenir quand surgissent des incidents soit à l'école, soit avec la famille d'accueil, soit avec la famille naturelle.

Il serait intéressant de développer, en Côte-d'Or, cette formule de placement ouvert hors de la famille d'origine, comme cela a déjà été réalisé par le Centre d'Observation de Vitry-sur-Seine, par l'Ecole de Beauvallon à Dieulefit (Drôme), par le Hameau-Ecole de Longueil-Annel et l'Internat de Perfectionnement de Poitiers.

Cependant, les Services de l'Aide sociale à l'Enfance du département de la Côte-d'Or avaient confié au 31 décembre 1964, soit à des particuliers, soit à des Institutions privées, 547 enfants. Par ailleurs, sur un effectif de 2 500 mineurs de moins de 21 ans, le Foyer Sainte-Anne de l'Aide sociale à l'Enfance a placé, au cours des années écoulées, 1 500 enfants ou adolescents chez des particuliers, soit en pension, soit à gages.

La Société Beaunoise de Protection de l'Enfance a, de son côté, effectué de nombreux placements familiaux. En effet, sur 306 pupilles constituant l'effectif au 31 décembre 1964, les placements se sont répartis ainsi :

	Placements ruraux	Placements urbains	Placements non familiaux	Total
Enfants de moins de 14 ans :				
Garçons	57	20	7	84
Filles	53	19	5	77
Total	110	39	12	161
Adolescents et jeunes travailleurs :				
Garçons	38	32	11	81
Filles	17	29	18	64
Total	55	61	29	145

Le Service de placement de la Société Beaunoise de Protection de l'Enfance a disposé de 144 familles d'accueil et de 73 employeurs. En un an, il a éliminé 2 familles et 3 employeurs

qui ne donnaient pas satisfaction. De plus, il n'a pas repris d'engagement avec 4 familles et 5 employeurs qui arrivaient en fin de placement ou de contrat de travail (placements trop vieux et employeurs peu coopérants).

L'insuffisance chronique de lits d'I.M.P., de Centres de Rééducation ou de Foyers de Semi-Liberté justifie, dans de nombreux cas, qu'il faut cependant déterminer avec le plus grand soin, l'extension de la formule du Placement Familial car la mise de fonds, au départ, est relativement faible.

LE FOYER DE SEMI-LIBERTE DU MAS D'AZIL A CHENOVE

Le passage direct d'un Institut de rééducation à la vie familiale ou professionnelle normale peut n'être pas souhaitable ou comporter trop de risques de rechute.

Le placement en Foyer de Semi-Liberté permet au mineur, qui y retrouvera son cadre de vie et de loisirs, de poursuivre une scolarité ou un apprentissage à l'extérieur.

Le Foyer héberge donc des enfants ou des adolescents, leur assure un encadrement éducatif, mais le but final auquel il vise est de replacer ces jeunes dans les conditions les plus proches de la vie réelle, pour leur permettre de s'y adapter et de s'y insérer harmonieusement. C'est laisser entrevoir déjà la nécessité de l'existence d'un Service de Placement professionnel et familial et d'un Service de Post-cure, qui assureraient la continuité d'une surveillance discrète et d'une rééducation très libérale, laissant place progressivement à une autonomie matérielle du mineur.

Le domaine du travail est le terrain privilégié de cette rééducation. Bénéficiaire d'un climat éducatif en Foyer, le jeune acquerra progressivement, par sa profession, l'autonomie qui en fera un homme libre. La formule, pour être séduisante, n'en est pas moins difficile à réaliser.

La difficulté est de concilier la liberté du dehors avec l'« organisation » de l'Internat.

L'expérience semble indiquer que les Foyers doivent se spécialiser suivant les âges : avant ou après 16 ans, ne serait-ce qu'en raison des centres d'intérêt qui ne sont plus les mêmes.

De plus, une certaine homogénéité permet de créer un esprit, un style de vie de Foyer, une orientation et une organisation du travail, des loisirs intérieurs ou extérieurs. Cette homogénéité conditionne également l'aménagement matériel de la maison, qui devra être étudié différemment suivant qu'il s'agit de pré-adolescents de 13 à 16 ans ou d'adolescents de 17 à 20 ans.

Le Foyer de Semi-Liberté du Mas d'Azil fut ouvert à Chenôve, en 1957, sous l'égide de l'Association Régionale de Sauvegarde de l'Enfance. Il reçoit 35 garçons, âgés de 16 à 20 ans, confiés soit par le Juge des Enfants, soit par le Directeur de l'Action sanitaire et sociale. Dans les deux cas, le recrutement est régional et déborde donc le cadre de la Côte-d'Or. Outre des obligations matérielles motivées bien souvent par le manque de places et même d'établissements, il faut certainement voir dans une telle étendue géographique de la provenance des adolescents, l'absolue nécessité d'inclure dans la rééducation en Foyer une action éducative sur la famille du mineur, celle-ci étant le plus souvent à la base de l'inadaptation du garçon.

Un tiers environ de l'effectif est constitué de *caractériels* et deux tiers de certains *délinquants*. C'est, après une observation au Centre d'Observation de Chenôve ou en Milieu Ouvert, ou encore à la suite d'une Consultation d'Orientation Educative, que le garçon est proposé pour un placement au Foyer. En fait, celui-ci s'adresse :

— aux enfants victimes de conflits familiaux déclarés ou latents, sources de troubles du caractère, de fugues, d'instabilité professionnelle, voire même d'actes antisociaux, et cette dernière catégorie ne constitue d'ailleurs pas une minorité ;

— aux mineurs perturbés, même gravement, dans leur affectivité et dont l'attitude réactionnelle est la conséquence de conflits avec la famille ;

— en général, à tous les mineurs qu'il n'est pas possible de laisser dans leur famille, soit en raison d'une carence éducative notoire, soit en raison de son influence corruptrice.

A tous ces inadaptés, la semi-liberté offre un cadre de vie propice à leur épanouissement et grâce auquel, à travers une vie éducative bien adaptée, pourront se résoudre leurs conflits.

Un Foyer de Semi-Liberté se comporte comme une grande

famille où chacun a ses occupations, prend sa part de responsabilités, sans oublier que le but final est d'œuvrer pour le plus grand bien de la communauté et de ses membres. C'est dire que la *tâche des Educateurs*, si elle est certainement moins astreignante que dans un Internat de rééducation, demande peut-être encore plus de finesse, de doigté, de souplesse afin de ne pas heurter les susceptibilités.

Admis, en général, pour un placement provisoire, le garçon, pour lequel un complément d'observation peut parfois être nécessaire, surtout s'il s'agit de sujets adressés par les Services de l'Action sanitaire et sociale, sera intégré immédiatement au Foyer.

Dès son entrée, il pourra apprécier, d'une part, la similitude de la vie au Foyer avec celle d'une famille normale et, d'autre part, le *très grand libéralisme* de ce système qui, loin d'être apparemment une facilité, l'obligera, en fait, à *se prendre en charge graduellement*.

En effet, le *rythme de vie* est celui d'une famille normale : le garçon est au Foyer pour la nuit, les heures des repas et, facultativement, pour les heures de loisirs. La matinée et l'après-midi sont réservés au travail à l'extérieur, comme apprenti chez un patron, en Centre de Formation Professionnelle pour Adultes (F.P.A.), ou déjà comme ouvrier chez un employeur. Il est à remarquer que seuls des travailleurs manuels résident actuellement au Foyer.

Le travail constitue donc bien le problème essentiel de la semi-liberté. La vie d'usine, d'atelier que connaissent les jeunes du Foyer, ne se différencie en rien de celle offerte aux jeunes du « secteur libre ». Ils y sont soumis aux mêmes obligations subissent les mêmes contraintes. Aussi, les problèmes de travail que pose la formule de semi-liberté sont-ils très proches de ceux que doit résoudre un père de famille face à la vie professionnelle de ses enfants.

Facteur primordial de l'équilibre humain, un travail adapté aux goûts du mineur et à ses possibilités lui apporte une stabilité qui lui a fait souvent défaut, lui fait prendre conscience des nécessités imposées par la vie réelle, et l'intègre dans la vie sociale et les rapports humains.

C'est souligner toute la *responsabilité qui incombera à l'Educateur dans le choix du travail le mieux adapté possible au*

sujet, en tenant compte des goûts et des désirs exprimés, des aptitudes mentales et manuelles, du marché du travail. C'est encore à l'Educateur que reviendra le choix de l'employeur : petit artisan, entreprise d'allure familiale ou grande entreprise, selon le cas. L'Educateur doit aussi collaborer à l'étude du statut du jeune travailleur et participer à *un travail d'information auprès des futurs employeurs*. Enfin, l'Educateur appréciera les fruits du travail dans l'immédiat par l'apport d'un salaire dont le rôle psychologique et la valeur éducative ne pourraient être sous-estimés. Mais c'est à l'avenir que l'Educateur doit penser : le travail proposé répond-il bien à un besoin d'activité, qu'elle soit d'ailleurs physique ou intellectuelle ? Si *ce travail* est bien adapté, il est alors un *facteur privilégié de stabilisation et d'équilibre*.

La vie au Foyer et l'organisation des loisirs constituent donc le *second aspect de l'action éducative*. A l'intérieur : veillées de détente ou à caractère éducatif occupent les soirées en alternance avec les sorties qui sont libres jusqu'à 22 heures, en semaine, plus tard le samedi et le dimanche. L'inscription à des groupements sportifs, culturels, artistiques, est recherchée : c'est ainsi que les mineurs peuvent retrouver, au Club de Prévention tout proche, jeunes gens et jeunes filles étrangers au Foyer.

Les locaux eux-mêmes concourent à une prise en charge progressive du mineur par lui-même. Deux bâtiments distincts existent : dans le premier, sont reçus les mineurs qui viennent de quitter l'Internat de rééducation ; les veillées y sont encore organisées à l'initiative des Educateurs, l'encadrement éducatif y est encore assez serré afin d'éviter une transition trop brutale. L'accession à une plus large autonomie sera matérialisée par le passage dans un bâtiment distinct du premier, où la liberté sera plus grande, tant en ce qui concerne la vie au Foyer elle-même qu'en ce qui a trait à l'occupation des heures de loisirs.

Le problème de *l'encadrement* apparaît donc essentiel mais difficile à résoudre. Les 7 Educateurs du Foyer de Chenôve, outre l'organisation de la vie dans l'établissement, se voient confier des tâches qui, loin d'être annexes, conditionnent en fait toute la qualité de l'éducation et finalement jouent en faveur du succès ou de l'échec de la mesure de Semi-Liberté : placements professionnels, relations avec les patrons, les familles. Si ces différentes tâches peuvent être confiées plus spécialement

à tel ou tel Educateur dans l'intention d'une *unité d'action* et d'une cohésion, à aucun moment, cependant, une telle affectation ne doit jeter l'exclusive à l'égard d'autres tâches, tant il est vrai qu'au Foyer, le travail des Educateurs est un *travail d'équipe* et que l'on ne saurait scinder l'éducation d'un enfant en actions isolées. Des réunions entre les Educateurs ont d'ailleurs lieu chaque semaine pour faire le point sur l'évolution de certains mineurs.

Le Service de Placement Professionnel et Familial, assuré par un Educateur du Foyer, s'efforce, peu avant la sortie du mineur, de lui trouver d'une part une chambre, soit chez des particuliers, soit à l'hôtel, soit dans un Foyer de Jeunes Travailleurs, et d'autre part, de lui procurer un emploi tenant compte des préférences exprimées, des facultés mentales et des possibilités physiques, et des places offertes dans la région.

A sa sortie du Foyer, le mineur, qui y aura vécu durant 6 mois à 2 ans au maximum, se verra pris en charge, pour la majorité des cas, par le *Service de Post-Cure*. Ce Service, confié à deux Educateurs, a sous sa responsabilité 50 mineurs placés à Dijon et 60 en dehors de l'agglomération. L'adolescent est visité, en moyenne, une fois par mois, et chaque visite de l'Educateur donne lieu à la rédaction d'un rapport jusqu'au départ du garçon au Service militaire. La réintégration au Foyer est toujours possible en cas d'insuccès du placement.

La tâche de l'Educateur n'est donc pas terminée quand le mineur a quitté le Foyer. Il doit *garder le contact avec les employeurs et les jeunes* sur le lieu même du travail, suivre les progrès, réviser les orientations peut-être inadéquates, défendre les intérêts matériels et moraux des jeunes.

En 1964, la situation des 82 mineurs ayant quitté le Foyer était la suivante :

— départs à l'Armée	4
— engagements militaires	3
— remises aux parents	11
— remises à l'Aide sociale à l'Enfance	4
— placés en Internat de rééducation	2
— placés en Centre d'Observation	3
— placé dans un autre Foyer de Semi-Liberté	1
— Internés en Maison d'Arrêt	6
— placés par le Service de Placement	48

Le but final auquel vise le régime de la Semi-Liberté est de replacer les jeunes dans les *conditions les plus proches de la vie réelle*, pour leur permettre de s'y adapter et de s'y insérer harmonieusement : le domaine du travail est le terrain privilégié de cette réadaptation. Bénéficiaire d'un climat éducatif au Foyer, le jeune y acquerra progressivement, par sa profession, l'autonomie qui en fera un homme libre.

Il reste à souhaiter :

— que les critères d'admission très larges et volontairement peu précis ne fassent pas considérer la Semi-Liberté comme *une panacée* pour tous cas dits « faciles ». Il est aussi faux de considérer les « cas difficiles » comme relevant uniquement de l'Internat ou de la maison spécialisée. La connaissance approfondie du régime du Foyer, de son style de vie, de ses possibilités éducatives, peut seule motiver la proposition de placement en Semi-Liberté de mineurs plus ou moins gravement perturbés ;

— que l'on respecte à l'avenir *l'existence de deux sections* d'ailleurs complémentaires : l'une des préadolescents de 13 à 16 ans, et l'autre pour mineurs de 17 à 20 ans. Cette proposition se justifie d'autant plus si le Foyer doit s'agrandir et recevoir un effectif total de 54 garçons au lieu de 36 actuellement ;

— que soient créés des Foyers de Jeunes Travailleurs, comme il en existe à Dijon.

LE BON PASTEUR DE DIJON

L'INTERNAT. - LE FOYER DE SEMI-LIBERTÉ. - LE SERVICE DE POST-CURE.

La Maison du Bon Pasteur de Dijon a été fondée en 1679 par Bénigne Joly, Chanoine de Saint-Etienne de Dijon, surnommé « le Père des pauvres », « le Saint Vincent de Paul de la Bourgogne ».

Fermée à la Révolution de 1789, réorganisée en 1839 par une Religieuse Hospitalière, elle a été autorisée à recevoir à nouveau des enfants, après sa réouverture, par décret du 23 octobre 1852. La Maison est restée Œuvre diocésaine jusqu'en 1934.

En 1954, devant l'extension des Œuvres, l'augmentation des besoins en personnel spécialisé religieux, l'Etablissement du

Bon Pasteur de Dijon s'est rattaché à la Congrégation de Notre-Dame de Charité du Bon Pasteur d'Angers. La reconnaissance légale a été accordée à la Maison de Dijon par décret du 26 octobre 1959.

L'INTERNAT DE RÉÉDUCATION.

L'Etablissement est habilité à recevoir des mineures « en danger moral ou moralement abandonnées » confiées par :

- les Tribunaux pour Enfants ;
- l'Aide sociale à l'Enfance.

Certaines jeunes filles, confiées au Bon Pasteur, *en application de l'ordonnance du 23 décembre 1958*, sont des mineures de moins de 21 ans, dont « la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation sont compromises », soit du fait des parents, soit du fait du comportement des mineures elles-mêmes.

Actuellement, l'Etablissement du type *Internat professionnel* a un effectif de 80 jeunes filles de 13 à 18 ans, caractérisées, en danger moral ou délinquantes. Quelques-unes présentent également un certain degré de débilité mentale légère. Elles sont adressées, soit par le Juge des Enfants, soit par le Directeur départemental de l'Action sanitaire et sociale. Certaines sont Pupilles de l'Etat.

L'Internat comprend quatre groupes de vie d'une vingtaine d'adolescentes. Chaque groupe est confié à une Educatrice religieuse ou laïque, aidée d'une Monitrice ou d'une stagiaire.

Dès l'entrée, le dossier complet est demandé à l'autorité qui a décidé la mesure de placement. Ce dossier comprend l'enquête sociale, un bilan psychologique et éventuellement les résultats d'un examen psychiatrique.

La vie en Internat est centrée sur *l'initiation à la vie familiale*, depuis la formation ménagère avec le développement des qualités de base : propreté, ordre, goût, jusqu'à la formation morale et sociale par des réunions, soirées d'études, activités culturelles.

Des cours scolaires sont organisés en vue de la préparation au Certificat d'Etudes Primaires et au C.E.P. Adultes. Une *formation professionnelle* pour l'obtention de C.A.P. est également assurée. En effet, quand une adolescente doit être placée en

Internat, le seul argument justifiant, à ses yeux, cette mesure privative de liberté est incontestablement la formation professionnelle. Les jeunes filles peuvent opter pour l'un des C.A.P. suivants : arts ménagers, repassage, employée de bureau, confection, sténo-dactylo, aide-comptable. Il existe, de plus, une section de Formation Professionnelle des Adultes pour la confection : la F.P.A. semble, en effet, plus adaptée à de tels sujets, par l'acquisition progressive de notions pratiques, à l'exclusion des connaissances théoriques. Un atelier de conditionnement permet aux moins douées intellectuellement, d'acquérir la dextérité manuelle et de trouver ensuite un emploi. Enfin, des cours de perfectionnement donnent aux jeunes filles des informations pratiques sur la vie ménagère de tous les jours.

Il va de soi que la formation professionnelle seule ne suffit pas pour préparer une adolescente difficile et inadaptée à son rôle futur de maîtresse de maison et de mère de famille.

Dans ce domaine, il convient d'abandonner résolument la structure et l'ambiance scolaires. L'Ecole technique est un élément, *la vie familiale* en est un autre. Autant la première doit être stricte, exigeante, rationnelle pour mener des sujets perturbés à une bonne qualification professionnelle, autant la seconde doit être souple, compréhensive, épanouissante. Plus la vie à l'Internat proprement dit sera proche de la vie familiale, des responsabilités, des sujétions de la mère à son foyer familial, plus sera empirique la formation sociale et ménagère, mieux la mineure sera profondément « imprégnée » de principes sains et meilleure sera sa réintégration sociale.

Les loisirs : chant choral, danses, art dramatique, décoration, initiation musicale, bricolage, sont toujours dirigés par une Educatrice. Cependant, ce sont les adolescentes elles-mêmes qui choisissent les programmes des émissions radiodiffusées et télévisées et des enregistrements : après chaque écoute, une discussion s'engage où chacune apporte ses impressions et souligne l'intérêt du spectacle, ses qualités, ses insuffisances, sa moralité. Excursions, camps de vacances, séjours dans le Jura dans une maison de vacances appartenant au Bon Pasteur, sont les grandes détente de l'année. Après trois mois de présence à l'Internat, chaque départ en vacances est soumis à l'autorisation du Juge des Enfants et à l'acceptation des parents. Pendant l'été, les jeunes filles peuvent retourner deux semaines dans leurs familles.

Les contacts avec les familles se multiplient dans la mesure où ils sont bénéfiques. C'est ainsi que les parents peuvent venir deux dimanches par mois et passer la journée avec leur fille en dehors de l'Internat. Ces visites sont l'occasion, pour les parents, de prendre connaissance de l'évolution du comportement de leur fille, de ses progrès scolaires et professionnels, des perspectives de réinsertion sociale à la sortie de l'Etablissement. Pour les adolescentes privées de famille d'accueil, des foyers d'accueil sont recherchés où elles peuvent être invitées pour les « week-ends » ou des vacances plus prolongées.

La surveillance médicale est assurée par un Médecin généraliste de Dijon, qui examine les adolescentes signalées par les Educatrices. L'absence de Médecin psychiatre et de Psychologue est évidemment à déplorer : d'une part, un examen psychiatrique, des entretiens avec le Psychologue et *des séances de psychothérapie* seraient très profitables à certaines jeunes filles ; d'autre part, le Médecin psychiatre pourrait conseiller utilement les Educatrices.

Plusieurs réunions hebdomadaires entre Educatrices religieuses et stagiaires sont mises à profit pour préparer le travail de la semaine, pour faire l'étude de problèmes pédagogiques et éducatifs, pour discuter de l'évolution de la conduite, des progrès scolaires et professionnels de certaines pensionnaires.

L'organisation fonctionnelle de l'Etablissement se devait de servir, à la fois, la formation professionnelle des jeunes filles et l'initiation à leur futur rôle de maîtresses de maison. Un effort très méritoire a été accompli en ce domaine. En effet, l'aménagement intérieur des locaux de jour et des dortoirs allie l'aspect fonctionnel au bon goût et à l'élégance. C'est ainsi que chaque groupe a son dortoir où l'on s'est efforcé, le plus souvent, de créer une certaine intimité et une personnalisation de chaque box de quatre lits. Les locaux de jour comprennent un réfectoire commun, une salle de séjour par équipe, une grande salle de réunions, trois salles de classe, des salles d'activités. Le réfectoire, déjà très bien aménagé et insonorisé, décoré en couleurs gaies et apaisantes, où les repas sont servis par petites tables séparées, sera prochainement subdivisé en quatre petites salles largement reliées entre elles : ainsi, chaque unité de vie aura son réfectoire. Le Bon Pasteur de Dijon a donc su, par un cadre particulièrement agréable et soigné, recréer l'atmosphère

familiale, intime et sécurisante dont les mineures ont presque toujours été privées.

A leur sortie, trois grandes possibilités sont offertes aux mineures, suivant l'évolution de leur comportement, leurs aptitudes professionnelles, l'existence ou non d'un milieu familial favorable et coopérant :

- la remise à la famille ;
- le placement au Foyer de Semi-Liberté du Bon Pasteur ;
- la Post-Cure.

La remise de la mineure aux parents, tuteur, ou à la personne qui en avait la garde, suppose évidemment que ce *milieu d'accueil soit suffisamment évolué*, conscient de ses responsabilités, ni trop sévère, ni trop protecteur. Elle s'adresse aux mineures dont l'inadaptation sociale est la moins accusée. Son intérêt réside, non seulement dans le fait que l'adolescente retrouve son milieu naturel de vie, mais aussi qu'elle lui évite de se sentir dans une situation particulière : l'obligation de rentrer chaque soir à un Foyer, l'impression vague d'une frustration, la méfiance vis-à-vis d'une surveillance discrète, mais réelle. De plus, cette mesure ne risque plus d'être confondue avec une peine. La mineure peut, théoriquement, fréquenter tous les organismes scolaires, professionnels ou culturels de la vie normale. La remise à la famille présente encore un intérêt évident du fait que l'adolescente subit *la pression du milieu réel* dont les exigences sont, peut-être, moins discutées que celles d'un Educateur.

LE FOYER DE SEMI-LIBERTÉ.

L'adolescente, au sortir de l'Internat, peut être maintenue *en milieu ouvert*, par *placement au Foyer de Semi-Liberté*, annexé à cet Internat. Ce Foyer assure une transition indispensable entre le milieu fermé et la liberté totale.

Le Foyer provisoire du Bon Pasteur de Dijon héberge, depuis 1961, 10 mineures et leur assure un encadrement éducatif sérieux cependant qu'elles travaillent au dehors.

Un Foyer définitif, pouvant accueillir 30 jeunes filles — en 3 sections de 10 — devrait ouvrir dans de nouveaux locaux à la fin de 1966. L'action éducative étant confiée à une Educatrice.

La difficulté est de concilier la liberté au dehors avec « l'organisation » du Foyer lui-même. Cependant, le Foyer du Bon Pasteur de Dijon étant un *foyer de post-cure* pour mineures ayant séjourné à l'Internat et non un foyer pour mineures mises directement en Semi-Liberté, la tâche devrait en être facilitée.

Les mineures qui gagnent un salaire, participent à l'entretien du Foyer. Le principe doit être *la prise en charge graduelle de la mineure par elle-même*. Son salaire lui assure progressivement l'argent de poche, la vêtue, les moyens de transport, la nourriture et la chambre, enfin l'épargne. L'adolescente garde le contrôle de l'emploi de ses deniers, fait face à ses dépenses de plus en plus élevées, et apprend ainsi à équilibrer, petit à petit, dépenses et recettes. Elle acquiert finalement son autonomie totale.

Pour ce faire, le Foyer doit rester une collectivité à échelle humaine : il ne doit pas grouper plus de 20 ou 30 jeunes filles. C'est ce qui est réalisé à Dijon. Le personnel se trouve, de ce fait, en mesure d'*individualiser* ses attitudes et *son action éducative*, en général.

LE SERVICE DE POST-CURE.

Dans de nombreux cas, les conditions qui ont motivé le placement en Internat se sont modifiées et rendent possible un *retour « conditionnel » dans le milieu d'origine*. Aussi, beaucoup de mineures bénéficient-elles d'un *Service de Post-Cure*, qui leur permet de revenir au Foyer de Semi-Liberté, de reprendre contact avec les Educatrices et leur demander conseil. C'est, en fait, à un véritable besoin de sécurité que répond ce Service.

L'Educatrice de ce Service est chargée :

— des jeunes filles ayant quitté l'Internat sans passer par la Semi-Liberté ;

— de celles qui, après un séjour au Foyer de Semi-Liberté, sont aptes à une vie plus autonome.

Sous une même Direction, le Bon Pasteur de Dijon offre donc plusieurs formules de rééducation : l'Internat proprement dit, la Semi-Liberté et la Post-Cure. Peut-être ne serait-il pas sans intérêt que soit créé un Etablissement pour filles d'âge

scolaire, présentant des troubles caractériels graves, ayant commis des actes amoraux ou antisociaux répétés.

Cependant, le Bon Pasteur de Dijon accomplit *une tâche particulièrement difficile et de longue haleine*. En effet, le placement en Internat n'est décidé que pour les mineures en faveur desquelles les autres solutions n'ont pu être retenues parce que :

— le milieu d'origine était par trop déficient ;

— les troubles du caractère, les actes antisociaux, ou les conditions d'âge ne permettaient ni un placement familial ni l'admission dans les écoles ou ateliers recevant des filles dites normales.

C'est insister sur l'importance que revêt la possibilité *d'individualiser la mesure de placement* et de l'adapter progressivement au sujet, et cela dans tous les sens : aussi bien vers la restriction que vers l'élargissement de la liberté. Le but de cette rééducation étant toujours la réinsertion des mineures dans la Société normale : leur formation professionnelle, la préparation à leur futur rôle de mère de famille y concourent puissamment. Et c'est dans cette perspective que toute la rééducation est pratiquée au Bon Pasteur de Dijon.

LE CENTRE EDUCATIF ET PROFESSIONNEL DE VELARS-SUR-OUCHÉ (Côte-d'Or)

La réponse aux besoins éducatifs décelés par l'observation consiste en un *traitement individualisé*. L'action éducative ne peut donc s'inscrire dans des prescriptions réglementaires rigides : tel mineur qui bénéficierait d'une mesure d'éducation en cure libre risquerait de manifester des réactions d'opposition à un placement en Internat ; tel autre tirera profit d'un mode de vie en Foyer de Semi-Liberté.

Le placement en Internat se distingue par la rupture momentanée du contact direct avec le milieu social d'origine. Plus tard, on envisagera toujours de réinsérer le mineur dans un autre milieu plus favorable à son adaptation ; ou même, lui ayant fait acquérir une personnalité suffisamment assurée, le retour dans le milieu d'origine deviendra possible, sans trop

de risques de rechute de l'inadaptation. *L'Internat s'adresse* donc à tous les enfants atteints de troubles caractériels et qui ne relèvent pas de la cure libre ou semi-libre, et à tous ceux avec lesquels une telle mesure éducative en milieu ouvert a échoué sans qu'il soit possible de tenter un nouvel essai. Toutefois, le placement en Internat n'est possible que si l'adolescent fait preuve d'aptitudes dans une ou plusieurs des techniques qui lui sont proposées à l'établissement choisi.

Le 2 août 1948, s'ouvrait à Montigny-sur-Vingeanne, dans les locaux d'un ancien couvent, un Centre de Rééducation pour garçons. Un premier groupe d'une soixantaine de mineurs y fut admis, dont 17 provenaient du Centre d'Accueil et d'Observation de Champmol, situé dans l'enceinte de l'hôpital psychiatrique de La Chartreuse. Bien que les locaux ne fussent pas, à l'évidence, conçus pour un tel usage, l'Internat fonctionna cependant jusqu'en 1964.

En juillet de la même année, il était transféré à Velars et prenait le nom de *Centre Educatif et Professionnel*.

Géré par le Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées (C.R.B.E.A.I.), il accueille des *garçons* âgés de 13 à 16 ans à l'entrée, dont le Q.I. doit être au moins égal à 80, et originaires, par priorité, des régions de Bourgogne et de Franche-Comté. L'effectif actuel est de 72 élèves et sera porté ultérieurement à 120, par l'adjonction de deux pavillons abritant deux groupes de 24 pensionnaires.

Habilité par le Ministère de la Justice et le Ministère des Affaires Sociales, le Centre reçoit, en conséquence, des mineurs qui lui sont confiés par :

— le Juge des Enfants :

— soit au titre des ordonnances des 2 février 1945 et 23 décembre 1958, relatives à l'Enfance délinquante ;

— soit au titre de l'ordonnance du 23 décembre 1958, relative à l'Assistance Educative ;

— les Préfets :

— au titre du décret du 7 janvier 1959, concernant la Protection de l'Enfance ;

— comme mode de placement des Pupilles difficiles des Services de l'Aide sociale à l'Enfance.

Le Centre de Velars est donc *un Etablissement à effectif moyen*, pour jeunes adolescents, où *l'apprentissage de meilleures relations interpersonnelles* en classe, à l'atelier, à l'occasion de loisirs ou de rencontres sportives, sera le support nécessaire de l'action éducative. Dans la mesure du possible, et ceci est à souligner parce que exceptionnel, les troubles caractériels profonds feront l'objet d'une *psychothérapie individuelle*, réalisée par le Médecin neuropsychiatre. Enfin, on cherchera à orienter le jeune homme vers des conditions sociales normales, compatibles avec la persistance du trouble atténué, par le choix *d'activités professionnelles* en fonction des aptitudes et des désirs exprimés. Une telle rééducation d'adolescents présentant des troubles caractériels et une inadaptation affirmée est une entreprise de longue durée et de tous les instants. Elle suppose la mise en œuvre de techniques complexes, mais la réussite est d'abord conditionnée par la valeur du personnel éducatif.

Les garçons ne sont acceptés au Centre qu'après étude de leur dossier qui doit obligatoirement comprendre une synthèse d'observation ou, à défaut, un rapport de la Consultation d'Hygiène Mentale ou de l'Orientation Professionnelle, une enquête sociale donnant les renseignements sur la famille et l'employeur des parents, les certificats médicaux. Par ailleurs, la condition d'un Quotient Intellectuel, qui ne doit pas être inférieur à 80, est exigée, étant donné la forme de l'apprentissage suivi et afin d'éviter aux mineurs un séjour dont ils ne sauraient profiter utilement.

Dès son entrée, le garçon sera pris en charge par l'Educateur d'un des trois groupes auquel il sera affecté. Après une visite de l'Etablissement, il sera immédiatement intégré à son groupe, suivra les cours d'une des trois classes et sera initié au travail à l'un des trois ateliers. L'impression défavorable d'une oisiveté, même de courte durée, est ainsi évitée.

L'enseignement scolaire est assuré par des Educateurs diplômés et un Instituteur détaché de l'Education nationale. Il se divise en une *section scolaire* de 13 à 14 ans, une *section de rattrapage scolaire* (niveau de base : Cours Moyen 2^e année, préparation au Certificat d'Etudes Adultes) et une *section d'enseignement général des apprentis* 1^{re}, 2^e et 3^e années. L'effectif des classes se rapproche de celui des groupes restreints et oscille autour d'une quinzaine d'élèves. Les méthodes utilisées sont du

type « méthodes actives ». Le souci permanent est d'adapter ces méthodes aux facultés intellectuelles et aux réactions caractérielles des enfants : inadaptation ou même opposition à la classe, instabilité, angoisse, passivité. *L'individualisation de l'enseignement* n'est limitée que par la crainte d'accroître les difficultés de socialisation. Les inconvénients éventuels sont tournés en utilisant périodiquement le travail en équipe. En général, les difficultés d'ordre pédagogique et éducatif sont aisément surmontées lorsque les objectifs de l'activité scolaire sont bien arrêtés.

Les buts alors recherchés sont : la normalisation de l'enfant sur le plan scolaire en le faisant accéder au niveau moyen normal de son âge ou, tout au moins, en lui faisant réaliser ses possibilités de progrès — la résolution des troubles de l'adaptation en faisant appel aux tendances auto-éducatives propres à chacun — l'insertion dans un groupe pour lui permettre d'échapper à l'impression anxieuse d'abandon. C'est à cette dernière intention que répond également l'apprentissage d'un métier et l'affectation à un groupe d'atelier.

La formation professionnelle est donnée aux garçons de plus de 14 ans, par trois professeurs techniques, détachés de l'Enseignement technique, dans trois ateliers : une section de menuiserie, une section de serrurerie-forge-soudure et une section d'ajustage-tournage-machines outils. A cet égard, il serait souhaitable de multiplier et de diversifier le nombre des ateliers. L'enseignement technique — théorique et pratique — adapté aux possibilités des ouvriers et tenant compte, en particulier, de leur retard scolaire, doit aussi être en accord avec les exigences de l'industrie moderne. De plus, l'objectif éducatif n'est pas perdu de vue : il s'agit de donner au jeune homme les moyens de se réaliser concrètement et de lui faire acquérir une qualification professionnelle valable.

Le choix des loisirs, à base culturelle ou non, est fait à l'initiative des garçons eux-mêmes. Cependant, ce qui importe est d'offrir à chacun des possibilités d'expression. Ainsi compris, les loisirs correspondent à un véritable *enrichissement de la personnalité*. De même, l'éducation physique et les sports, dont l'aspect ludique est moins marqué que pour les enfants, doivent contribuer à une valorisation contrôlable des garçons et sont l'occasion d'affrontement et de dépassement.

Un équipement matériel bien étudié se doit de servir cette rééducation, qui fait appel aux connaissances scolaires du mineur, à ses aptitudes professionnelles, à ses goûts pour le sport, les activités de loisirs et d'expression. C'est ce qui est réalisé à Vclars.

Le château lui-même, et ses anciennes dépendances, entièrement remis à neuf, abritent la Direction et le secrétariat, les services généraux et les logements du personnel, une infirmerie de six lits avec salle d'examen et de soins, et deux chambres d'isolement.

La structure pavillonnaire a été adoptée pour les locaux de l'Internat proprement dit, autorisant ainsi une *progression vers l'autonomie* matérielle du mineur : c'est ainsi que les enfants de chacun des deux groupes, « Petits » et « Moyens », se retrouvent par chambres de quatre lits, avec, à leur disposition, sanitaires, salles de veillées et trois salles d'activités manuelles, tandis que les « Grands » ont chacun une chambre individuelle. Les salles à manger sont aménagées dans les locaux de l'Internat. La préparation à une réinsertion sociale, par une *liberté peu à peu plus large*, est certainement facilitée par l'organisation de ces pavillons où le souci de recréer l'ambiance familiale a été très heureusement constant à l'esprit des promoteurs.

Les locaux de jour sont aménagés dans des bâtiments séparés de l'Internat, au sein d'un parc de dix-sept hectares. Trois salles de classe et trois ateliers sont à la disposition des élèves. Un gymnase et des terrains d'évolution complètent l'équipement du Centre.

Le personnel est nombreux : il comprend les Educateurs, les Instituteurs et les Professeurs techniques. Les 12 Educateurs — 6 diplômés et 6 stagiaires — encadrent les pensionnaires à l'Internat. L'Educateur-Instituteur et l'Instituteur détaché de l'Education nationale dispensent l'enseignement scolaire. Les trois Professeurs techniques, détachés de l'Enseignement technique, sont chargés de l'apprentissage professionnel. Mais tous, à des degrés divers, sont amenés à observer le comportement du mineur, ses modes de réaction, à estimer ses aptitudes et ses capacités. Cependant, *c'est à l'Educateur que revient l'essentiel de l'action éducative*, par ses contacts quotidiens avec l'adolescent, à l'occasion des repas, des activités d'expression, des

jeux. C'est à l'Educateur qu'échoit une grande part de la responsabilité du succès ou de l'échec de la réadaptation sociale du mineur. Aussi doit-il être particulièrement préparé à cette tâche et, surtout, savoir résister à l'accoutumance à la vie de l'Internat. Pour en sentir les inconvénients véritables, il se doit de rester « informé » non seulement sur le plan technique, mais aussi en restant présent dans la « société normale » pour connaître les principaux problèmes qui attendent le mineur à sa sortie de l'Internat.

L'équipe médico-psychologique comprend :

— le Médecin psychiatre du C.R.B.E.A.I., qui doit venir depuis Dijon, pour assurer une vacation par semaine. Le Médecin s'entretient avec le garçon et peut être amené à pratiquer une *psychothérapie individuelle*. Il faut encore en souligner l'intérêt, puisque le Centre de Velars est l'un des très rares établissements où soient données des séances de psychothérapie ;

— le Psychologue, à la vacation, qui fait passer des tests de niveau s'ils n'ont pas été faits, suit le comportement du garçon au cours de son séjour et collabore avec le Psychiatre aux séances de psychothérapie ;

— l'Infirmière, à plein temps, qui, outre son rôle paramédical, se voit aussi confier l'accueil au Centre, du mineur et des Educateurs stagiaires. D'elle, peut dépendre une première impression, favorable ou non, sur l'atmosphère qui règne dans l'établissement.

Des réunions de synthèse mensuelles entre le Médecin psychiatre, le Psychologue, les Educateurs ont pour but de confronter les observations de chacun à propos du comportement de certains enfants, ou de traiter d'un problème éducatif plus général, qui aura pu se poser à l'équipe éducative. Chaque trimestre, une fiche de comportement est adressée au Juge des Enfants, faisant état de l'évolution du caractère, des modalités réactionnelles et de l'attitude du mineur à l'Internat, en classe ou à l'atelier.

Quant à *la durée du placement*, elle ne saurait être inférieure à la durée de la scolarité ou de l'apprentissage. Toutefois, dans certains cas, des adolescents peuvent être admis pour un

séjour plus réduit : apprentissage rapide, garçon doué et surtout amendement des troubles de la conduite.

Le placement en Internat étant presque toujours la conséquence d'un ou plusieurs échecs éducatifs et n'étant jamais considéré comme une mesure de sécurité, même temporaire, il ne peut se justifier que s'il prépare activement et par tous les moyens à la *post-cure*.

Le mineur lui-même doit penser à sa sortie et y est préparé par les Educateurs. *Le contact avec l'extérieur* n'avait d'ailleurs jamais été rompu complètement : ainsi, la correspondance, les visites sont favorisées. Aussi faut-il regretter, actuellement, *l'absence d'un véritable Service de Suite* dont le rôle serait la surveillance éducative exercée après la sortie. Ce Service, systématiquement organisé, permettrait encore une collaboration plus étroite et une information réciproque entre le Centre et le Foyer de Semi-Liberté du Mas d'Azil à Chenôve où les garçons, sortant de Velars, se libèrent de la tutelle éducative et prennent contact avec le monde du travail. Le Service de Placement artisanal et professionnel de ce Foyer assure un emploi dans des conditions encore plus naturelles.

L'action de l'Internat de Rééducation ayant pour unique but *le reclassement du mineur dans la vie réelle*, une action éducative peut-être encore plus personnalisée serait-elle à envisager. C'est à cette fin que devrait concourir l'allègement de l'effectif des groupes des « Petits » qui ne devrait pas dépasser une quinzaine d'enfants. Mais c'est surtout sur *la multiplication des séances de psychothérapie* que l'effort devra porter dans l'avenir. C'est à ce prix que le Centre Educatif et Professionnel de Velars, grâce à une équipe éducative très compétente et à un équipement matériel satisfaisant dans l'ensemble, offrira l'image de l'établissement idéal, c'est-à-dire de celui qui diffèrera le plus, sur le plan éducatif, de l'Internat classique où les pensionnaires étaient instruits souvent valablement, mais sans échapper à l'isolement social, à l'ennui, quelquefois même à une sorte de misère affective.

LA MAISON D'ENFANTS A CARACTERE SOCIAL « LES CHARMILLES »

à Fleurey-sur-Ouche

En avril 1966, l'Œuvre des Pupilles de l'Ecole Publique ouvrait une *maison d'enfants à caractère social*, dans les locaux d'une propriété appartenant au Cercle Laïque Dijonnais et destinée jusqu'alors à des Colonies de vacances estivales.

Cet Etablissement reçoit, en Internat, quelle que soit leur origine, des mineurs d'âge scolaire pour lesquels la vie sociale, la vie familiale exigent le recours à *des mesures de prévention, d'éducation, de rééducation ou à des soins particuliers, en dehors du contexte familial*.

Ces mineurs peuvent être dirigés vers l'Etablissement par les soins :

- du Ministère de la Justice ;
- du Ministère des Affaires sociales ;
- du Ministère de l'Education nationale.

Sont acceptés les enfants âgés de 6 à 14 ans, garçons et filles, d'intelligence sensiblement normale — Q.I. égal ou supérieur à 80 — originaires du département de la Côte-d'Or en priorité, accessoirement d'autres départements.

Pourront être pris en charge et admis à l'Etablissement, en application de l'*ordonnance du 23 décembre 1958* :

— « les mineurs dont la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation sont compromises et qui peuvent faire l'objet de mesures d'Assistance Educative dans les conditions prévues aux articles 375 à 382 du Titre IX du Code Civil » ;

— les mineurs relevant de l'article 45, chapitre II du Code de la Famille et de l'Aide sociale, placés soit sous la protection, soit sous la tutelle de Service de l'Aide sociale à l'Enfance :

- les enfants secourus ;
- les enfants surveillés ;
- les enfants recueillis temporairement ;
- les enfants en garde ;
- les pupilles de l'Etat.

L'admission se fera au vu d'un dossier d'admission d'une part — qu'il faut souhaiter plus complet et plus précis — et après réunion d'une Commission d'Admission d'autre part, composée d'un représentant du Ministère intéressé, assisté des Médecins attachés à l'Etablissement, d'un représentant de l'Œuvre gestionnaire, de la Directrice.

Dès son arrivée, l'enfant est inclus au seul *groupe de vie* actuellement constitué, puisque l'effectif n'est encore que de 13 enfants. Cependant, pour les jeux et les travaux manuels, des sous-groupes ont été formés en retenant l'âge pour critère : 7-10 ans et 10-14 ans. Le nombre des pensionnaires devant atteindre 30 en septembre 1966, puis 45 en septembre 1967.

Théoriquement, *l'enfant sera examiné* dès son premier passage à l'Etablissement, c'est-à-dire au plus tard une semaine environ après l'admission. Régulièrement, la surveillance de l'état somatique, tout au moins pour certains enfants, sera exercée par le même Médecin, qui doit se déplacer depuis Dijon. *Les difficultés* de s'assurer du concours d'un Médecin psychiatre rendent assez aléatoire, pour le moment, la réalisation du bilan psychiatrique de chacun des pensionnaires. L'absence de psychologue est également très préjudiciable en cas de dossier d'admission incomplet ou si de nouveaux tests sont nécessaires, ou enfin dans la perspective d'une *psychothérapie* dont les chances de succès sont peut-être assez grandes pour certains enfants.

Cependant, malgré cette relative carence de personnel, l'Etablissement a pu s'installer et commencer à fonctionner normalement.

Chaque jour, garçons et filles se retrouvent dans une classe où professe un maître — qui prépare actuellement le C.A.E.I. —. Les retards scolaires, constants mais de degré variable, l'âge qui varie de 6 à 14 ans, les troubles du comportement, ont fait retenir le type : classe de perfectionnement, à l'enseignement prodigué. Les activités manuelles ou d'expression restent encore assez fragmentaires dans l'attente de l'aménagement des locaux. Les jeux de plein air et les promenades sont facilités par la situation de la propriété.

Deux Educatrices ont la charge de ces activités, tandis qu'une Infirmière assure les petits soins et les prescriptions, prépare les visites médicales et complète les dossiers. Mais, en

fait, l'Infirmière se voit aussi confier des tâches d'Educatrice.

A la fin de chaque mois, une *réunion de synthèse* rassemble la Directrice, les Educatrices et l'Infirmière. Un bulletin, faisant mention des résultats scolaires et de comportement, est adressé mensuellement aux parents ou au tuteur.

Le problème de *la sortie et du placement* ne s'est pas encore posé, mais il est certain d'ores et déjà qu'il s'agira chaque fois de cas d'espèce. Si possible, un nouveau placement en Internat sera évité. La formule du Foyer de Semi-Liberté paraît plus souhaitable.

L'Œuvre des Pupilles de l'Ecole Publique a donc eu le souci de créer une Maison d'Enfants à caractère social, sur le mode de l'Internat, mais en évitant les écueils traditionnels. Il semble bien qu'elle y ait réussi : en sont un témoignage tout d'abord l'aménagement des locaux qui visent à recréer un milieu familial avec séparation de l'Internat et des salles de classe ou de jeu et, par ailleurs, l'état d'esprit du personnel éducateur, conscient des difficultés à résoudre : l'insuffisance de personnel médical et l'absence de Psychologue et de *Psychothérapeute*.

Les mesures pénales

L'étude de la personnalité d'un jeune délinquant peut faire apparaître une *mesure éducative* comme *inutile ou illusoire*. Dans ces cas exceptionnels, la peine peut se justifier par l'une des idées suivantes :

— *Peine de principe*. Elle constitue alors une affirmation solennelle de la défense faite par la loi, une sorte d'admonestation comportant une mise en garde pour l'avenir. L'amende ou une courte peine de prison, avec ou sans sursis, peut remplir cet office. Il faudra se montrer prudent pour les peines de prison de longue durée assorties de sursis. Des difficultés ultérieures pourraient survenir et entraîner l'application réelle d'une peine qui cesserait alors d'être de pur principe.

— *Sanction d'un acte*. La personne du mineur paraît peu éducable, et l'acte commis a entraîné un dommage social tel qu'une réaction sociale s'impose. Elle trouve ses limites dans la gravité de l'acte lui-même. La peine évite ici de s'enfermer dans un cycle éducatif sans issue.

— *Elimination.* L'étude de la personnalité fait apparaître le mineur comme inamendable et, en même temps, comme un danger social. La mesure éducative ne peut être adoptée car le pronostic est tellement mauvais qu'on ne peut appliquer à l'égard d'un tel sujet des méthodes comportant un « risque éducatif ». Les exigences de la sécurité publique l'emportent. Il faut retrancher alors ce mineur de la Société — au moins pour un temps.

Dans le Droit français, la nature des peines varie avec l'âge du mineur.

Le mineur de 13 ans ne peut en aucun cas être sanctionné par une peine. Le mineur de 13 à 16 ans bénéficie de l'excuse atténuante de minorité, dont l'effet est de diminuer de moitié la durée des peines correctionnelles et de substituer aux peines criminelles un emprisonnement dont la durée ne peut en aucun cas dépasser 20 ans. Enfin, le mineur de 16 à 18 ans peut être exclu du bénéfice de l'excuse de minorité ; il tombe alors sous l'empire du Droit Pénal des Adultes.

Les peines d'amende peuvent être prononcées pour tous les mineurs âgés de plus de 13 ans. Mais ceux-ci étant souvent insolvables, l'efficacité pratique de l'amende se trouve ainsi réduite. En fait, elle atteint les parents lorsque ceux-ci acceptent d'aider le mineur à se libérer de sa dette.

Les peines d'emprisonnement peuvent être prononcées pour les mineurs âgés de plus de 13 ans en cas de délit ou de crime.

Le décret du 12 avril 1952 dispose que les mineurs condamnés à l'emprisonnement et âgés de moins de 20 ans révolus à l'époque où leur condamnation devient définitive seront détenus :

— dans des établissements spéciaux dépendant de la Direction de l'Education Surveillée, lorsque la durée de la peine restant à subir excède un an au jour où la condamnation devient définitive ;

— Dans le cas contraire, dans des quartiers spéciaux d'établissements pénitentiaires spécialement désignés à cet effet.

LA MAISON D'ARRÊT DE DIJON.

A la Maison d'Arrêt de Dijon, s'il existe bien un quartier spécial des mineurs, *il conviendrait que cette section soit plus autonome* et réellement indépendante des quartiers de détenus adultes.

Depuis deux ans, *une classe* — bien aménagée — est dirigée avec compétence par un Instituteur spécialisé, aidé d'un adjoint choisi parmi les détenus. Cette classe accueille une quinzaine d'élèves environ. Mais cet enseignement se heurte à de nombreuses difficultés. Tout d'abord, il est bien évident que les Quotients Intellectuels et les niveaux scolaires sont très variables. Mais surtout ce sont *l'extrême mouvance des effectifs* et l'interdiction de réunir dans la même classe et pour les mêmes cours les mineurs et les adultes, qui s'opposent à toute pédagogie suivie. Aussi, l'Instituteur doit-il organiser son enseignement par petits groupes, tout en assurant une pédagogie individuelle adaptée aux possibilités de chacun de ses élèves.

Il serait à souhaiter qu'une formation professionnelle accélérée, complétant les cours scolaires déjà organisés, vienne préparer les jeunes détenus à leur future réinsertion sociale. Pour les jeunes gens ayant déjà une qualification professionnelle, la notion d'apprentissage peut être abandonnée au profit de travaux rémunérés, exigeant un certain effort physique et les rapprochant des conditions de travail normales.

Dans un certain nombre de cas, *un traitement individuel* médical, psychologique ou psychiatrique, doit être envisagé.

LES INADAPTES SCOLAIRES ET PSYCHOMOTEURS

Les Inadaptés Scolaires sont des enfants qui ne s'intègrent qu'avec difficulté à leur classe. *Ces difficultés* de l'adaptation scolaire *ne préjugent pas de leur étiologie*. Certes, dans certains cas, les mesures à préconiser pourront être essentiellement d'ordre *pédagogique* : elles s'adresseront alors aux retardés intellectuels, volontiers assimilés à ceux que l'on nomme aujourd'hui les Q.I. limites, aux retardés physiques avec retard scolaire sans déficit mental proprement dit, aux retardés simples ou retardés pédagogiques. *Mais tout aussi souvent*, on sera en présence d'enfants qui, subissant l'influence nocive d'un environnement carencé, fruste, ou, à l'inverse, surprotecteur, voient leurs résultats scolaires en être affectés.

Les Inadaptés Psychomoteurs sont des enfants qui, à l'exclusion de tout déficit intellectuel, sensoriel ou moteur pur, présentent :

- des troubles du rythme ;
- des troubles du schéma corporel, de la latéralisation et de l'adaptation spatiale ;
- des manifestations motrices mal adaptées soit par excès : impulsivité, soit par défaut : inhibition.

Plus précis et plus caractéristiques de l'inadaptation psychomotrice sont les *troubles du langage* avec défauts d'articulation et troubles du rythme ; les difficultés de l'apprentissage de la lecture : dyslexie, avec déficiences de l'acquisition des automatismes, des mouvements graphiques et de l'orthographe, l'instabilité.

Ces deux catégories d'enfants : inadaptés scolaires et inadaptés psychomoteurs, ou « déficients partiels », posent souvent des *problèmes complexes et intriqués*.

En effet, la majorité de ces enfants présente également des *troubles de la personnalité*. Quels que soient l'importance et le

type de son handicap — scolaire ou psychomoteur — l'enfant se présente, dans tous les cas, comme un *sujet dysharmonieux*, non épanoui, plus ou moins atteint dans son dynamisme vital, et éprouvant habituellement un certain malaise au sein de la communauté qui l'entoure.

Ce sentiment est généralement d'autant plus ressenti par le sujet lui-même qu'il est, le plus souvent, mal toléré par son entourage.

C'est que, contrairement à d'autres enfants inadaptés, il ne bénéficie pas ou peu de « circonstances atténuantes », sauf dans les cas extrêmes. Extérieurement, il *semble* responsable de lui-même et de ses actes.

En outre, les modes de comportement d'un tel enfant *déconcertent* ou même *heurtent son entourage*. Ce malaise de l'entourage se traduit en attitudes plus ou moins maladroitement qui maintiendront les troubles et, même, ne tarderont pas à entraîner en retour, chez l'enfant, de nouvelles conduites perturbées.

Qu'il s'agisse de difficultés à la limite de la normale — signes de désarroi que présente l'enfant normal devant une situation traumatisante en elle-même — ou de troubles plus caractérisés — d'origine complexe et plus ou moins lointaine, se greffant sur un terrain fragile — il paraît également important d'insister auprès des parents sur la nécessité de consulter une équipe de spécialistes *le plus tôt possible*, sans pour autant tomber dans la phobie du pathologique.

Plus tôt les troubles, de quelque ordre qu'ils soient, *sont dépistés et traités*, plus on a de chance de les limiter, de les enrayer, d'exploiter et d'orienter les forces intactes de la personnalité.

Une fois les problèmes de l'enfant étudiés et le diagnostic posé, l'intervention peut être d'ordres divers, suivant la nature et l'envergure des troubles :

— *Des conseils éducatifs ou pratiques* suffisent parfois à faire varier les facteurs déclenchants, à mobiliser de façon positive les ressources affectives de l'enfant et éviter ainsi que les troubles ne s'installent réellement. S'il n'y a pas d'action thérapeutique proprement dite à envisager, il sera souvent nécessaire, en revanche, d'assurer l'enfant d'une aide psychologique.

Des traitements et interventions de différents types sont indispensables si les perturbations sont plus notoires : psychothérapie, méthodes pédagogiques appropriées, rééducations du langage oral et écrit, éducation psychomotrice. Les modalités de leur application, en séances régulières plus ou moins fréquentes, en Externat, Semi-Internat ou en Internat, sont à proposer en tenant compte de l'enfant et de sa famille, tout en même temps.

Il est nécessaire, en effet, de ne pas perdre de vue que si certains traitements permettent à l'enfant de demeurer dans son milieu normal de vie, dans certains cas son état ou les difficultés de relation avec sa famille peuvent nécessiter un placement de durée variable en Internat.

Nous étudierons dans ce chapitre :

Le Centre Psycho-Médico-Pédagogique de l'Académie de Dijon. Installé dans les locaux du Centre Régional de Documentation Pédagogique au Campus Universitaire de Montmuzard, c'est un Etablissement où une équipe médicale, psychologique, pédagogique et sociale établit le diagnostic et dispense le traitement, tout en laissant l'enfant dans son milieu familial et scolaire naturel.

— *Le Centre de Rééducation Fonctionnelle du Langage oral et écrit* situé rue de Fontaine, à Dijon. Ce Centre, créé grâce à une initiative privée, pratique, en Externat, la rééducation d'enfants présentant des troubles du langage parlé ou une dyslexie.

LE CENTRE PSYCHO-MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE L'ACADÉMIE DE DIJON (C.P.M.P.).

Le Centre Psycho-Médico-Pédagogique (C.P.M.P.) est installé dans les locaux du Centre Régional de Documentation Pédagogique au Campus Universitaire de Montmuzard, à Dijon.

Depuis longtemps déjà, le Conseil Départemental des Parents d'Elèves des Etablissements d'Enseignement Public manifestait un *intérêt soutenu pour les problèmes de l'inadaptation scolaire* et avait même tenté une première réalisation.

L'Association des Centres Psycho-Médico-Pédagogiques de l'Académie de Dijon, constituée sous le régime de la loi de

1901, est présidée par le Recteur de l'Académie de Dijon. C'est elle qui gère le C.P.M.P. de l'Académie de Dijon.

Ce Centre « pratique le diagnostic et le traitement des enfants inadaptés mentaux dont l'inadaptation est liée à des troubles neuropsychiques ou à des troubles du comportement susceptibles d'une thérapeutique médicale, d'une rééducation médico-psychologique ou d'une rééducation psychothérapique ou psycho-pédagogique sous autorité médicale » (15).

« Le diagnostic et le traitement sont effectués en consultations ambulatoires, sans hospitalisation du sujet. » (15).

Ce Centre se propose *trois buts de travail* : le dépistage et le diagnostic, l'action thérapeutique et, par la suite, la recherche.

Diagnostic et traitement sont l'œuvre d'une équipe composée de Médecins — deux Psychiatres et deux Pédiatres —, d'un Psychologue et d'un Psychologue scolaire, de cinq Rééducateurs psycho-pédagogiques, d'un Rééducateur de psychomotricité, de Pédagogues et d'une Assistante sociale. L'un des deux Psychiatres, qui a par ailleurs la responsabilité de la Consultation de Neuropsychiatrie du Centre Hospitalier Régional, assure les fonctions de Directeur médical du C.P.M.P., tandis qu'un des Psychologues assume les responsabilités de Directeur pédagogique.

Le Centre s'adresse à des *enfants d'âge scolaire*, c'est-à-dire entre 5 et 18 ans environ, présentant essentiellement des difficultés d'ordre pédagogique ou des troubles de l'adaptation au milieu familial, scolaire.

Les enfants sont orientés vers le Centre soit à l'initiative de leurs parents, soit sur le conseil du Professeur, du Maître, du Psychologue scolaire ou du Médecin des Services médicaux scolaires, soit encore par les Services de l'Orientation scolaire et professionnelle, le Médecin de famille ou une Assistante sociale.

(15) Décret N° 63-146 du 18 février 1963, Annexe XXXII (*J.O.* du 22 février 1963), fixant les conditions techniques d'agrément des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques de cure ambulatoire.

Sur 295 consultants, examinés du 1^{er} février 1964 au 31 août 1965, la situation scolaire était la suivante :

— Age pré-scolaire	6
— Enseignement primaire	137
— C.E.G.	20
— C.E.T.	125
— Enseignement Secondaire	122
— Autres Etablissements	5

Par ailleurs, la provenance géographique s'établissait ainsi :

— Dijon	212
— Côte-d'Or	59
— Autres départements	23

Sur ces chiffres, quelques remarques sont à formuler :

— La plupart des consultants proviennent de l'Enseignement primaire et secondaire.

— Peu d'enfants ou d'adolescents de l'Enseignement court et encore moins de l'Enseignement technique viennent consulter : pour ces derniers, la seule explication de la proportion moindre des élèves de l'Enseignement technique, par rapport à l'ensemble de la population scolaire, n'est pas suffisante. Une meilleure orientation en est peut-être la raison, mais aussi une méconnaissance de l'existence du C.P.M.P. est-elle à évoquer.

— L'importance de Dijon dans l'origine géographique s'explique aisément par les facilités matérielles pour venir consulter.

— Le nombre malgré tout non négligeable d'enfants originaires d'autres départements est à souligner : il se justifie par l'absence d'autres établissements ou organismes pouvant offrir, en cure ambulatoire, les mêmes possibilités de diagnostic et de traitement avec le concours d'une seule et même équipe médicale, psychologique, pédagogique et sociale.

D'autre part, sur les 295 enfants et adolescents examinés depuis 1964 :

- 7 avaient moins de 6 ans ;
- 95 étaient âgés de 6 à 10 ans ;
- 155 avaient de 10 à 14 ans ;
- 37 s'échelonnaient de 14 à 20 ans ;
- 1 seul avait plus de 20 ans.

Sur cette même période, il résulte que trois grands motifs de consultations se dégagent du bilan d'activités du Centre.

En premier lieu, ce sont les troubles du comportement qui motivent la Consultation. *Viennent ensuite des troubles pédagogiques spéciaux* telles que la dyslexie, la dysorthographe ou la dyscalculie. *Les résultats scolaires insuffisants*, très nombreux également, constituent, par ordre de fréquence, la troisième raison de consulter.

Enfin, des motifs divers justifient encore la venue au Centre, gaucherie et troubles de la motricité, mauvaise orientation scolaire, problèmes purement médicaux et troubles de la mémoire.

Troubles du comportement	196
Troubles pédagogiques spéciaux	159
Lecture : 44	
Orthographe : 57	
Ecriture : 35	
Calcul : 23	
Résultats scolaires insuffisants	124
Gaucherie et troubles moteurs	57
Mauvaise orientation scolaire	41
Problèmes médicaux	26

La Consultation s'efforce de *cerner tous les aspects de la personnalité de l'enfant*, d'expliquer son comportement dans son cadre de vie habituel et, en fonction des troubles constatés, de proposer une action thérapeutique adaptée à chaque cas.

Pour ce faire, une enquête sociale, un bilan psychologique et pédagogique sont établis, complétés par un *examen médical approfondi*, tant sur le plan somatique que sur le plan psychique.

Un premier entretien entre l'enfant et ses parents, d'une part, et un Instituteur spécialisé, d'autre part, permet d'avoir une vue d'ensemble du problème posé, de le replacer dans le contexte familial et scolaire. Cet entretien met en valeur les cas urgents et le degré de gravité des troubles évoqués.

L'enquête sociale précise les conditions du milieu de vie habituel et les événements qui ont pu survenir au sein de la famille. L'Assistante sociale assure la liaison avec les Organismes de prise en charge et avec les Services sociaux qui veil-

leront à l'adaptation de l'enfant à son milieu familial, scolaire, professionnel ou social.

Le bilan pédagogique est établi par le Psychologue scolaire. Il fait état du Quotient Intellectuel, des acquisitions scolaires, des aptitudes intellectuelles analytiques et de synthèse, des troubles dyslexiques et de latéralité, d'éventuelles discordances entre le niveau intellectuel et le niveau scolaire.

Le bilan psychologique est réalisé par un Psycho-pédagogue, Directeur Pédagogique du C.P.M.P. Après un rappel de la situation familiale de l'enfant et une appréciation d'ensemble de l'éducation qu'il a reçue, une explication de l'évolution de son comportement est proposée aux autres membres de l'équipe, en tenant compte des événements survenus au sein de la famille. Est analysée avec plus de précision encore l'attitude des parents envers l'enfant, leur influence surprotectrice ou, à l'inverse, leur carence éducative et affective.

L'examen médical est réalisé en deux temps : l'examen effectué par le Pédiatre et celui effectué par le Psychiatre.

Le premier retrace les antécédents de l'enfant — s'attachant plus particulièrement au développement somatique et psychomoteur — complétés par les données de l'interrogatoire. Le bilan s'enrichit des constatations de l'examen proprement dit, des différents appareils et des fonctions sensorielles. Eventuellement, le Pédiatre peut avoir recours à un examen complémentaire ou à l'avis d'un Spécialiste. Une appréciation est également donnée sur l'évolution du caractère et les possibilités d'expression. Enfin, l'examen se complète d'un bilan de latéralité.

Le Psychiatre tente de définir le type caractériel de l'enfant, recherche les symptômes réactionnels et, en fonction du milieu de vie, propose une attitude thérapeutique qui sera discutée entre tous les membres de l'équipe médico-psycho-pédagogique.

C'est en effet à l'occasion d'une *Réunion de Synthèse*, organisée régulièrement après chaque série de consultations, présidée et animée par le Médecin-Directeur, qu'une solution est proposée à la famille, en tenant compte des éléments médicaux, psychologiques, pédagogiques et sociaux du cas étudié. Ces points de vue sont exposés respectivement par chacun des techniciens de l'équipe.

Participent également à cette Réunion de Synthèse les Rééducateurs du Centre qui seront chargés des différentes rééducations.

Si l'examen individuel, le temps consacré à chaque entretien, la recherche systématique de tout facteur susceptible d'entraîner une inadaptation, le caractère humain de la Consultation mettent en confiance l'enfant et assurent, dans un certaine mesure, la coopération de la famille à la rééducation proposée, c'est essentiellement le travail de l'équipe médico-psychopédagogique qui permet la synthèse des observations recueillies et de tracer le portrait de la personnalité de l'enfant. C'est l'intérêt de ce *travail harmonieux*, en équipe, qu'il faut souligner.

L'EXTERNAT DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE DU LANGAGE ORAL ET ÉCRIT, rue de Fontaine, à Dijon.

Ce Centre de Rééducation fut créé en 1958 à Dijon, sur une initiative privée.

Il s'adresse à des enfants à partir de 3 ans, à des adolescents et des adultes — des deux sexes — *présentant des troubles du langage oral et écrit*.

Une moyenne de 150 à 200 cas sont traités chaque année, la proportion étant généralement de 3 garçons pour 1 fille. La rééducation, qui est assurée *exclusivement en Externat*, demande, dans la grande majorité des cas, de 30 à 50 séances.

Deux Educatrices, l'une Orthophoniste et l'autre Rééducatrice de Dysorthographe, forment avec la Directrice, elle-même Educatrice, une équipe travaillant en étroite collaboration.

Les sujets traités au Centre sont Dyslexiques ou Dysorthographiques.

Est dyslexique, l'enfant qui ne parvient pas à lire dans les délais habituels, alors que son audition comme sa vision sont intactes, dont le niveau intellectuel est normal, qui n'a — initialement au moins — aucun trouble de comportement et dont la scolarité s'est régulièrement effectuée.

Son inaptitude à acquérir l'orthographe est appelée dysorthographie.

L'absence de troubles sensoriels, affectifs, intellectuels n'est certes pas toujours aussi absolue ; de même certains enfants présentent un Q.I. limite, des difficultés scolaires et surtout de petits troubles de comportement, après le début de la fréquentation scolaire.

Il est essentiel de *reconnaître précocement* la dyslexie et la dysorthographie, et de lui opposer une pédagogie correcte.

Quelle que soit la méthode utilisée, il faut tout d'abord *modifier l'attitude des parents ou du maître* à l'égard de l'enfant en les persuadant des possibilités intellectuelles de celui-ci. Il est tout aussi important de *redonner confiance à l'enfant* en s'efforçant d'obtenir son maintien dans une classe où il suit en calcul, en instruction générale et non dans celle où le situerait son niveau en lecture ou en orthographe.

La rééducation proprement dite entreprise au Centre de Rééducation de Dijon, insiste sur la nécessité de reprendre la lecture en faisant étudier initialement la forme, la place des lettres de façon analytique puis syllabique et en faisant prendre conscience à l'enfant de l'aspect phonétique des symboles qu'il apprend à connaître.

Au sujet de cette meilleure connaissance de la forme des lettres, une intéressante expérience est actuellement tentée au Centre de Dijon avec l'emploi de « *lettres géantes* » sérigraphiées sur des plaques de 40 cm sur 70 cm. Le « *geste géant* » fait, à partir du relief sérigraphique de la lettre géante, n'est plus une traduction d'un graphisme, vu au tableau par exemple, c'est-à-dire le passage d'un symbole visuel à un symbole gestuel, mais bien plutôt une découverte, une création, une conquête de l'enfant lui-même. Ainsi, permettant une véritable intériorisation du geste et permettant aussi, dès le début de l'apprentissage, une parfaite coordination des foyers sensoriels, la « *lettre géante* » et le geste géant créent une telle *assimilation des symboles* à la fois visuels, graphiques et phonétiques de l'écriture-lecture, que leur déchiffrage et leur graphisme acquièrent une absolue spontanéité.

Cette *représentation simultanée* visuelle, auditive et cinétique, obtenue pour chaque lettre, est ensuite acquise pour les syllabes puis pour des ensembles plus compliqués.

La correction de la représentation auditive, souvent nécessaire, est actuellement tentée par la *méthode verbo-tonale*, au Centre de Dijon où l'on emploie depuis peu un amplificateur à filtres de fréquences permettant une stimulation auditive spécifique.

La rééducation tient compte également des perturbations éventuellement associées aux troubles du langage. Les Educatrices du Centre s'attachent à faire acquérir une bonne orientation du sujet sur lui-même et dans l'espace, à développer la reconnaissance des rythmes.

Mais cette rééducation ne peut être pleinement efficace que si l'enfant fait preuve de bonne volonté et *si l'entourage montre un évident désir de coopérer* avec les Educatrices et s'astreint à faire suivre régulièrement les séances à l'enfant.

Si elle peut être collective, la rééducation est le plus souvent *individuelle*. Chaque enfant a ses difficultés propres et le rendement des rééducations individuelles paraît supérieur tant par la qualité des résultats que par le nombre de sujets rééduqués par une seule Educatrice.

Le Centre de Rééducation Fonctionnelle du Langage Oral et Ecrit est actuellement le seul fonctionnant en Externat dans le département de la Côte-d'Or. Près de huit ans après son ouverture, *l'intérêt de ce type d'établissement* fonctionnant avec un nombre réduit d'Educatrices n'est plus à démontrer au sein d'une grande ville. En ce qui concerne le milieu rural, si pour certains cas précis, la coupure temporaire d'avec l'environnement familial peut être une nécessité psychothérapique, pour le plus grand nombre, par contre, une telle nécessité ne s'impose pas et la solution paraît, là encore, offerte par les regroupements intercommunaux avec un Service de Rééducateurs itinérants : Orthophonistes, Psychothérapeutes, Rééducateurs de psychomotricité.

LES CAS SOCIAUX

Les « cas sociaux », ce sont ces enfants qui, pour reprendre la terminologie utilisée sur le plan international, sont « privés de milieu familial normal ».

Ce sont donc des enfants qui n'ont pas un père et une mère vivant ensemble au foyer et y assumant leurs fonctions d'époux et de parents dans des conditions normales, c'est-à-dire permettant l'épanouissement de l'enfant.

Il est possible de classer dans cette catégorie :

Les orphelins complets ; les orphelins de père ; les orphelins de mère ; les enfants naturels et illégitimes ; les enfants abandonnés et les enfants de foyers dissociés ; les enfants de parents déchus ; enfin, les enfants dont le foyer constitue un milieu antiéducatif (mésentente des parents, absence prolongée d'un des parents, alcoolisme).

Certains traits caractéristiques individualisent ces « cas sociaux ». En effet, ce sont toujours :

— DES ENFANTS MAL ENGAGÉS DANS LA VIE.

Toutes les enquêtes faites ces dernières années ont montré que la majorité de ces enfants sont « mal engagés » dans la vie.

Pour cette catégorie d'enfants placés dans les orphelinats, le Docteur Kohler, en présentant une enquête déjà ancienne, précisait : « Quoique la clientèle des orphelinats ne soit pas dans sa totalité à rattacher à l'Enfance Inadaptée, c'est une notion évidente pour tous les services médico-sociaux que la fréquence est grande avec laquelle on est amené à intervenir en sa faveur. »

— DES ENFANTS SANS ATTACHES.

Quant on constate parallèlement que le manque de famille, ou la dissociation familiale, entrent pour 65 à 70 % dans les causes de troubles du comportement, quand on sait que ces troubles entraînent souvent inadaptation et délinquance, on se rend compte que les enfants dits orphelins sont, en fait, ceux parmi lesquels se recrute une grande part des inadaptés. Bien souvent, ce n'est qu'après être passés d'orphelinats en orphelinats et de placement familial en placement familial, que certains de ces enfants ont « la chance » de commettre un acte suffisamment antisocial pour être pris en charge dans un établissement qui puisse s'occuper enfin valablement de leur éducation ou de leur rééducation.

- DES ENFANTS QUI DEMANDENT DES SOINS SPÉCIAUX.

« L'examen psychologique que viennent compléter les enquêtes sociales montrent des enfants ayant souffert des mêmes maux sociaux, placés dans les mêmes conditions d'abandon et qui réagissent tous contre cet état d'abandon, en trichant avec eux-mêmes, c'est-à-dire en niant leurs souffrances et en vivant dans l'irréel. Ils ne s'intéressent à rien, ont un mauvais rendement scolaire, paraissent souvent absents mentalement ; leur vie s'écoule d'une manière artificielle, sans contact aucun avec la réalité. » (Docteur C. Kohler.)

— DES ENFANTS CANDIDATS A L'INADAPTATION.

Il ressort de ces différentes considérations que si les enfants privés de milieu familial normal ne sont pas à ranger systématiquement dans la catégorie des enfants inadaptés, ce sont des enfants en voie d'inadaptation. Ce qui signifie qu'une plus grande attention soit portée au sort de cette catégorie d'enfants que l'on appelle les « cas sociaux ».

Comment pallier le manque de famille ?

« Le premier milieu naturel et nécessaire de l'éducation est la famille. »

Quand cette famille est inexistante, ou se révèle néfaste pour l'enfant, il s'agit de trouver un milieu de remplacement ou un milieu d'appoint, qui apportera à l'enfant ce qu'il aurait dû normalement trouver dans sa famille.

Les solutions de placement sont diverses :

- *Le placement familial* — dans ses diverses modalités : placement en nourrice et familial proprement dit, foyer familial — avec ses possibilités d'apprentissage et d'insertion professionnelle. Nous l'avons étudié à l'occasion du bilan du placement familial des enfants présentant des troubles de la conduite : placements réalisés par le Service de l'Aide sociale à l'Enfance de la Côte-d'Or et par la Société Beaunoise de Protection de l'Enfance.

— *L'adoption.*

— *Le placement* en Institutions ou Maisons d'Enfants à caractère social.

Le choix de la solution adoptée sera naturellement fonction d'un certain nombre de critères : la situation de l'enfant dans la fratrie, son âge. Il semble que le placement familial soit préférable, avec le choix entre les diverses solutions : depuis la nourrice jusqu'à la légitimation adoptive, quand l'enfant reste seul et qu'il est suffisamment jeune pour bénéficier d'un milieu d'accueil qui lui fera retrouver le foyer dont il est privé. Par contre, dès qu'un enfant a atteint l'âge de 8 à 10 ans, il semble qu'un placement en Etablissement spécialisé soit préférable.

La satisfaction des besoins de l'enfant doit être, en fait, le véritable critère retenu pour le placement : besoins de sécurité matérielle et morale, besoins d'affection, besoins de libre activité.

Une institution pour enfants privés de milieu familial normal, quelle qu'en soit la forme, doit pouvoir, pour remplir son rôle, assurer pratiquement les fonctions psychologiques, pédagogiques et sociales de la famille, c'est-à-dire recréer, selon les termes du Docteur Berge, « un milieu affectif, abrité, hétérogène ».

Nous verrons, dans ce chapitre :

— Le Foyer Sainte-Anne, du Service d'Aide sociale à l'Enfance, à Dijon ;

— « L'Orphelinat » de Domois ;

— Le Centre Ménager Rural de Nolay ;

— La Maison Maternelle Départementale d'Ahuy ;

— Le Foyer Familial d'Entraide à Dijon.

Le Foyer Sainte-Anne du service de l'Aide sociale à l'enfance, à Dijon

Le Foyer Sainte-Anne est un *Etablissement départemental* à caractère social, qui a pour but l'accueil et l'hébergement des enfants confiés au Service de l'Aide sociale à l'Enfance. C'est un Foyer dont la gestion est assurée par la Commission Administrative du Centre Hospitalier Régional.

Bien souvent, le Foyer n'est en fait qu'un *lieu de passage* pour les mineurs confiés au Service d'Aide sociale à l'Enfance. En effet, le but de ce Service est la réinsertion sociale et professionnelle des enfants et adolescents, par le recours au *placement familial* essentiellement.

Cependant, le séjour même temporaire au Foyer est une *occasion d'observer le mineur*, d'apprécier ses aptitudes, ses capacités intellectuelles et manuelles, de connaître ses goûts, de juger son comportement dans la perspective d'une orientation à la sortie.

Peuvent être placés au Foyer :

— Les enfants placés sous la tutelle de l'Aide sociale à l'Enfance et dénommés Pupilles de l'Etat :

- les enfants trouvés ;
- les enfants abandonnés ;
- les orphelins pauvres, sans soutien ;
- les enfants maltraités, délaissés ou moralement abandonnés, confiés au Service de l'Aide sociale à l'Enfance.

— Les enfants placés sous la protection du Service de l'Aide sociale à l'Enfance, dont le lien familial n'est pas rompu totalement :

- les enfants surveillés ;
- les enfants secourus ;
- les enfants recueillis temporaires ;
- les enfants en garde.

Le Foyer Sainte-Anne, de Dijon, accepte des enfants et adolescents des deux sexes, âgés de 10 jours à 21 ans. Sa capacité d'accueil est de 94 pensionnaires, auxquels s'ajoute, depuis octobre 1964, une section de 14 jeunes travailleuses.

« Différentes sections groupant les enfants selon leur âge » (16) ont été mises en place :

— *La Pouponnière* : nourrissons de 10 jours à 2 ans, en boîtes de trois berceaux (24 lits) :

— *La Crèche* : enfants de 2 ans à 4-5 ans, en petits dortoirs (24 lits) :

— *Les « Moyens »* : enfants d'âge scolaire, en petits dortoirs.

Deux sous-groupes : « Petits Moyens » de 6 à 8 ans ;

« Moyens » de 8 à 14 ans :

— 2 Infirmières dont une Infirmière-Puéricultrice ;

— 3 Aides-Soignantes.

— 2 Auxiliaires de Puériculture.

— 3 Educateurs Spécialisés ;

— 1 Instituteur détaché de l'Education nationale, chargé d'une classe à sections multiples.

— *Les Adolescents* : de 14 à 21 ans, en petits dortoirs de trois lits ou en chambres particulières.

L'admission au Foyer se fait après examen médical systématique, qui donne lieu à la rédaction d'un rapport sur l'état physique de l'enfant. L'intervention du Juge peut, dès lors, être requise en vue d'une déchéance de puissance paternelle des parents si des traces de violences ont été constatées.

Durant leur séjour, les enfants vont en classe, ont des activités manuelles ou de loisirs. A partir de 14 ans, les adolescentes qui sont en apprentissage ou ont trouvé un emploi à Dijon, peuvent être hébergées au « *Foyer des Jeunes Travailleuses* » annexé au Foyer Sainte-Anne proprement dit mais dont les locaux en sont indépendants. Les jeunes filles doivent rentrer au « Foyer » pour les repas et le coucher. Des cours et travaux pratiques hebdomadaires les initient à leur futur rôle de maîtresse de maison et de mère de famille.

Le Service Médical est assuré, tout au long du séjour, par un Médecin spécialement désigné à cet effet par le Préfet, sur la proposition du Directeur départemental de l'Action sanitaire et sociale.

(16) Code de la Famille et de l'Aide sociale. Art. 66.

Une Réunion de Synthèse a lieu une fois par mois entre le Directeur, les Educateurs et l'Instituteur. A cette réunion, sont étudiés plus spécialement les cas des enfants en instance de placement. De plus, chaque semaine, les équipes médicales et éducatives établissent un rapport de travail : y participent le Médecin, l'Instituteur, les Educateurs, l'Infirmière.

« Les enfants ne sont maintenus au Foyer que s'il est constaté que leur état de santé l'exige ou sur une décision motivée du Directeur départemental de l'Action sanitaire et sociale » (17).

Suivant leur âge, *différents placements* sont à envisager pour les mineurs à leur sortie du Foyer :

Pour les enfants d'âge scolaire :

- le placement nourricier et familial ;
- le placement spécialisé en I.M.P., Centre de Rééducations, Maisons à caractère médical ;
- le placement en Internat scolaire : Lycées et Collèges.

Pour les adolescents :

- le placement familial et l'apprentissage chez l'artisan ou en atelier ;
- le placement en Centre d'Apprentissage ;
- le placement familial rural.

La rédaction suffisamment souple de l'article 66 du Code de la Famille et de l'Aide sociale permettrait certainement de *tenter des expériences originales* que nécessitent les besoins actuels et différenciés des Services de l'aide à l'Enfance :

— Nécessité de répondre à une demande accrue d'admissions temporaires qui imposent le plus souvent une formule d'Internat.

— Nécessité d'organiser, dans le cadre du Foyer, des examens médico-psychologiques complets des mineurs admis dans le Service et de disposer pour eux d'un véritable « Centre de Triage ».

— Nécessité d'assurer un hébergement prolongé à des mineurs infirmes, déficients ou caractériels, en attendant leur placement — souvent difficile — dans les établissements spécialisés qui leur conviennent.

(17) Code de la Famille et de l'Aide sociale. Art. 66 (décret du 7 janvier 1959).

— Nécessité de fournir à certains Pupilles, admis trop tardivement pour être pourvus d'un placement familial traditionnel, un cadre de vie, momentané ou plus prolongé, qui remplace le milieu familial.

— Nécessité de fournir à des Pupilles, qui poursuivent leurs études ou se livrent à un apprentissage ou à une activité salariée en milieu urbain, un Foyer permanent du type « Foyer des Jeunes ». C'est ce qui est réalisé au Foyer de Dijon, avec la section des « Jeunes Travailleuses ».

Ces diverses exigences, peu conciliables avec les normes traditionnelles d'un Foyer, se compliquent de difficultés financières et matérielles ou de risques de contagion résultant de la rotation particulièrement rapide des pensionnaires — puisque une moyenne mensuelle de 60 à 80 entrées et sorties est enregistrée pour l'année 1965 — et des conditions de recrutement de ces Etablissements ouverts « au tout-venant ».

Le Foyer Notre-Dame de Domois

Quelques années avant la fin du siècle dernier, un Chanoine de Dijon, le R. P. Chalon, créait, en 1880, un orphelinat à Domois, à huit kilomètres de l'agglomération dijonnaise. Mais les difficultés matérielles et financières d'une part, la prise en charge d'orphelins par les services de l'Aide sociale à l'Enfance d'autre part, amenèrent la direction à s'orienter peu à peu vers l'éducation « *d'enfants privés de milieu familial normal* ». Cet Etablissement reçoit donc actuellement les orphelins de père ou de mère, les orphelins complets, les enfants abandonnés de fait ou moralement, les enfants dont l'éducation est compromise d'une manière ou d'une autre.

Au 15 décembre 1965, la situation d'origine des 62 pensionnaires était la suivante :

Orphelins complets	1
Décès d'un conjoint (père : 7 ; mère : 4)	11
Mère célibataire	7
Milieu dissocié par séparation légale	2
dont : Père en prison	1
Abandon complet	1

Milieu dissocié par séparation de fait	3
Milieu perturbé par abandon ou déchéance des parents	12
Milieu perturbé par déficience mentale ou maladie	12
Concubinage	9
Abandon	5
Milieu régulier	3
retard scolaire	1
milieu régulier mais dangereux	1
opposition avec la mère	1

Ces quelques chiffres mettent en valeur *l'influence du milieu familial perturbé* en regard de l'importance relative d'orphelins.

Le Foyer n'accepte que *des garçons* de 9 ans et demi à 17-18 ans, au Q.I. au moins égal à 80, sans déficience physique ou sensorielle, ni retard scolaire supérieur à un an.

DEUX SECTIONS sont actuellement constituées :

— *Les écoliers de 9 ans et demi à 14 ans* : l'école assure uniquement l'enseignement primaire, du Cours élémentaire 2^e année au Certificat d'études. Certains, après au moins un an de présence à Domois, vont aux cours à Dijon. Cette formule sera développée dans les années à venir pour les élèves astreints à la scolarité jusqu'à 16 ans. Ceux des enfants qui suivent les cours à Dijon peuvent bénéficier de bourses d'Etat.

— *Les apprentis*. Domois n'est pas un centre d'apprentissage. Cependant, la *possibilité d'apprendre un métier* est offerte aux élèves sortant de l'école primaire. Toutefois et dans la limite des places disponibles, quelques garçons âgés de moins de 15 ans, s'ils satisfont aux conditions d'admission, peuvent être acceptés dans cette section. Plusieurs options sont offertes : imprimerie (compositeur typographe et conducteur typographe), menuiserie, jardin et vigne, mécanique. D'autre part, pour les garçons qui sortent de la section scolaire, il leur est possible de se rendre à Dijon comme demi-pensionnaire en Ecole technique ou en apprentissage direct chez un artisan.

Dès l'entrée, un dossier est constitué pour chaque enfant. Il comprend, classiquement, les résultats scolaires, une enquête socio-familiale et une impression générale sur le comportement.

S'il paraît relever de l'Etablissement, le garçon sera alors affecté, suivant son âge, à l'une des deux sections. La section scolaire est subdivisée en deux groupes de vie d'une quinzaine de garçons encadrés par un Educateur et pour lesquels deux foyers ont été aménagés. Pour l'ensemble de l'orphelinat, des aménagements sont en cours qui visent, en particulier, à personnaliser les dortoirs et à multiplier les salles de jeux et les salles de loisirs ou d'activités. Trois Educateurs à temps complet et deux autres à temps partiel animent les groupes. Ils sont secondés une fois par semaine, le jeudi, par trois jeunes gens.

La surveillance médicale n'est pas systématiquement assurée à Domois. Cependant, les garçons d'âge scolaire sont examinés, au moins une fois par an, par le Médecin scolaire et une radioscopie est effectuée chaque année. Les apprentis sont suivis plus régulièrement, une fois par trimestre, par les Services médicaux du travail. En cas d'urgence, le Médecin généraliste est appelé d'une localité voisine. Il faut regretter l'absence de Neuropsychiatre ainsi que celle d'un Psychologue : *nombre de ces garçons seraient à tester* et seraient susceptibles de bénéficier de séances de *psychothérapie*.

A leur sortie de Domois, les garçons sont placés au Foyer des Jeunes Travailleurs de Dijon ou dans une famille d'accueil. Celle-ci est souvent déjà connue de l'adolescent s'il a eu la possibilité d'y être reçu, une fois par mois environ, pendant son séjour à l'orphelinat.

Le Foyer de Domois qui, depuis son origine, n'acceptait que des orphelins, *s'oriente donc actuellement* vers l'éducation et la formation professionnelle d'enfants et d'adolescents *privés de milieu familial normal*. La proximité d'une grande ville et les possibilités de scolarité et d'emploi qu'elle offre, le caractère familial mais non paternaliste de l'établissement, son grand libéralisme permettent de supposer que la nouvelle vocation du Foyer ne fera que s'affirmer. C'est pourquoi une surveillance médicale et psychologique plus systématique apparaît indispensable et plus encore, peut-être, une *psychothérapie* tout au moins pour certains pensionnaires dont le milieu familial d'origine était particulièrement carencé.

Le Centre ménager rural de Nolay

Le Centre Ménager Rural de Nolay accepte *en Internat* des jeunes filles de 14 à 18 ans, dont le *Quotient Intellectuel doit être au moins égal à 70* et qui ne peuvent donc suivre l'enseignement dispensé dans les Collèges d'Enseignement général ou dans ceux de l'Enseignement technique. Ces adolescentes présentent, en outre, des *troubles plus ou moins accusés du comportement*.

Pour la plupart, le *milieu familial* d'origine est *gravement carencé* ou même nocif et justifie le placement de l'enfant.

Ce sont les Services de l'Action sanitaire et sociale, les Foyers de l'Aide sociale à l'Enfance, les Services de tutelle des Pupilles de l'Etat, les représentations côte-d'oriennes des Services de l'Assistance Publique de la région parisienne qui, le plus souvent, adressent les adolescentes. Mais ce peuvent être, également, les Médecins assurant une Consultation de Neuropsychiatrie infantile et, en particulier, celle du Centre Hospitalier de Dijon.

Depuis le début de l'année 1966, toutes les jeunes sont *testées psychologiquement* avant leur admission au Centre.

Les 56 pensionnaires se répartissent en trois sections :

— Section A - 18 jeunes filles :

— Enseignement en deux ans conduisant au Brevet d'Apprentissage Agricole,
et au Brevet Professionnel Agricole, la troisième année.

— Section B - 20 jeunes filles aux possibilités intellectuelles moindres :

— Niveau Cours Élémentaire - Cours Moyen.

— Section « Hôtessees Rurales » - 18 jeunes filles :

— Formation d'employée de maison ou de collectivités.

L'enseignement qui n'a pour ambition que d'inculquer un certain niveau de culture générale, est suivi, chaque jour, de cours pratiques de formation ménagère.

Six Religieuses et quatre Monitrices laïques encadrent les jeunes filles.

Une réunion d'études de deux heures est organisée, chaque semaine, entre les Monitrices laïques.

Religieuses et Monitrices se réunissent chaque trimestre pour *confronter leurs observations* à propos de sept pensionnaires. A cette occasion, les fiches personnelles de ces sept élèves sont complétées, et c'est l'évolution du comportement, plus particulièrement, qui est appréciée.

Mais c'est à la sortie du Centre Ménager que se pose la *difficile question du placement* des pensionnaires.

Le plus souvent, ce sont des tâches d'employée de maison ou de collectivités qui sont proposées.

A l'avenir, et si les débouchés industriels de la région le permettent, des travaux simples de conditionnement, de montage, de confection seraient peut-être à rechercher. D'ailleurs, cette possibilité d'emploi a déjà été expérimentée une première fois, avec l'Institut Médico-Professionnel « Le Sarment », à Beaune.

La Maison maternelle départementale d'Ahuy

La Maison Maternelle Départementale d'Ahuy accueille des mères ou futures mères célibataires âgées de 15 à 45 ans, *privées de milieu familial normal*, et sans emploi. Par ailleurs, il s'agit, très souvent, de *déficientes intellectuelles* légères, moyennes, et même parfois profondes.

Elles sont adressées par les Services sociaux des Caisses d'Allocations Familiales ou le Service social rural, les Consultations d'Hygiène Mentale ou de Neuropsychiatrie du Centre Hospitalier Régional — en cas d'hospitalisation à l'hôpital de Dijon.

Les jeunes femmes sont acceptées *dès le septième mois* de grossesse ; l'accouchement ayant lieu à la Maternité de Dijon. Les enfants sont placés en pouponnière ou en nourrice.

Actuellement, l'effectif n'est que de 18 pensionnaires pour une capacité totale d'accueil de 54 lits.

Les pensionnaires qui, durant leur séjour à la Maison Maternelle, ne peuvent quitter l'Etablissement, participent à son entretien. Une Monitrice d'Enseignement ménager tente d'intéresser les pensionnaires aux obligations de la vie domestique. Mais le niveau intellectuel très bas, la carence familiale éducative de ces jeunes femmes, constituent de sérieuses difficultés.

La sortie, que les pensionnaires exigent, souvent trop précocement, pose le problème d'un emploi adapté à leurs possibilités physiques et intellectuelles, mais, aussi et surtout, ne saurait s'envisager sans une *régularisation de leur situation socio-familiale* : ce qui est certainement le plus difficile à obtenir.

Le Foyer familial d'entraide

Rue du Chaignot, à Dijon.

Le Foyer familial, de la rue du Chaignot, à Dijon, fut créé par l' « *Association Dijonnaise d'Entraide des Familles Ouvrières* » (A.D.E.F.O.).

Agréé par l'Aide sociale depuis 1959, il accueille temporairement des jeunes filles ou jeunes femmes de 18 à 35 ans, dont la situation familiale, sociale ou professionnelle les a empêchées de trouver un logement et un emploi stable.

Les pensionnaires du Foyer sont originaires de la Côte-d'Or — la moitié des effectifs environ — et des autres départements, voisins ou même éloignés. Il s'agit de sujets sans domicile et sans emploi, sortant de prison, provenant des Foyers d'Aide sociale à l'Enfance, d'Internats de rééducation ou encore ayant été récemment hospitalisés.

Ce sont les Assistantes sociales, les employeurs, les services de Gendarmerie qui adressent les jeunes filles ou jeunes femmes. Mais celles-ci ont la possibilité de faire elles-mêmes leur demande d'hébergement au Foyer.

Dès leur admission, les pensionnaires, aidées par les Educatrices, doivent *rechercher un emploi et un logement*. En effet, un séjour maximum de six mois est toléré et, en fait, la présence au Foyer est de un mois et demi, en moyenne.

Trois sections ont été individualisées :

- les mineures, de 18 à 21 ans ;
- les majeures, de 21 à 35 ans ;
- une section pour les pensionnaires de plus de 35 ans.

Vingt-deux lits, en chambres de trois le plus souvent, permettent d'accueillir temporairement les pensionnaires. Celles-ci ont encore la possibilité de prendre leurs repas au Foyer. Mais certaines, qui travaillent en usine ou en atelier, prennent leur

repas de midi dans les restaurants d'entreprise. Un petit atelier de montage électronique est actuellement annexé à l'Internat proprement dit.

Trois Educatrices et la Directrice, elle-même Educatrice, conseillent les pensionnaires, les aident à trouver un emploi et une chambre, prennent contact avec les Services sociaux, la Gendarmerie, la Police, le Juge des Enfants, les Etablissements d'Education qui les ont adressées.

Si des réunions de synthèse proprement dites ne sont pas organisées entre Educatrices, celles-ci ont cependant de nombreuses occasions de confronter leurs observations et leurs appréciations sur les pensionnaires dont elles ont la charge.

Un examen psychiatrique peut être effectué à la demande des Educatrices, par un Médecin psychiatre. Celui-ci prend connaissance des dossiers de toutes les entrantes.

En 1965, le bilan d'activités s'est établi comme suit :

— 233 entrées,

— 186 pensionnaires accueillies, dont :

77 au rez-de-chaussée de l'Etablissement : sujets de plus de 35 ans.

73 au 1^{er} étage de l'Etablissement : sujets de 21 à 35 ans.

36 au 2^e étage de l'Etablissement : sujets de 18 à 21 ans.

— *Dans la section* du rez-de-chaussée, les âges des pensionnaires s'échelonnaient de 29 à 84 ans.

Dix, cependant, de moins de 30 ans, ont été hébergées pour vingt-quatre heures.

— *Dans la section de 21 à 35 ans*, la situation familiale des pensionnaires était la suivante :

33 étaient mariées ;

22 avaient un ou plusieurs enfants (13 avaient plus de 2 enfants) ;

21 étaient célibataires sans enfants ;

7 étaient célibataires avec enfants ;

1 était veuve ;

11 étaient divorcées.

— *Dans la section des mineures*, la situation familiale était :

20 célibataires sans enfant ;

9 enceintes ;

5 avaient un enfant.

- 13 étaient passées au Bon Pasteur ;
- 12 venaient « de la rue » ;
- 11 avaient des difficultés familiales ;
- 5 sortaient de Maison d'Arrêt ;
- 5 étaient étrangères ;
- 3 venaient de l'Assistance Publique ;
- 3 vivaient en concubinage ;
- 3 changeaient de travail ;
- 2 étaient sans logement ;
- 2 attendaient de trouver une chambre ;
- 1 était en Maison Maternelle.

Le Foyer Familial d'Entraide de l'A.D.E.F.O. répond donc à un *besoin indéniable*. Mais cette assistance, qui porte sur les conditions de vie matérielle, doit être *provisoire* et n'a de sens que si elle est une *préparation à la réintégration* dans le monde normal des adultes. Il faut, en effet, limiter le plus possible une ségrégation de ces sujets inadaptés sociaux par une large ouverture vers les autres milieux et en poursuivant des tentatives de réinsertion professionnelle chaque fois que les conditions paraissent favorables.

Le Foyer Familial ne doit représenter pour ces inadaptées *qu'une étape* de quelques semaines ou quelques mois au plus, avant une réinsertion définitive dans la Société normale. C'est cette conception de l'assistance temporaire, occasion d'une action éducative, qui est en œuvre au Foyer A.D.E.F.O. de Dijon. Mais, l'expérience de plusieurs années et la situation familiale de nombreuses pensionnaires, font apparaître que la création d'une *Maison Maternelle* complèterait utilement le Foyer. Cette Maison permettrait ainsi d'accueillir, à la fois, la mère et son enfant : le grave inconvénient du placement en nourrice ou au Service d'Aide sociale à l'Enfance, source de traumatisme affectif pour la mère comme pour son enfant, serait ainsi évité.

LES ORGANISMES DE COORDINATION ET DE GESTION

Pour résoudre les graves problèmes posés par l'Enfance Inadaptée, il est indispensable d'entreprendre *une action concertée* avec la collaboration de tous les techniciens, organismes et services susceptibles de promouvoir une véritable politique générale de l'Enfance Inadaptée à l'échelon le plus élevé, et de la faire entrer dans les faits au niveau le plus bas, celui des secteurs géographiques déterminés.

Un regroupement des compétences, des responsabilités, des bonnes volontés aussi s'impose.

Les familles ont un rôle important à jouer, qui ne sera efficace que si elles s'unissent : c'est ce que font les Associations de Parents, telle l'A.D.A.P.E.I. de Dijon. Mais seraient souhaitables aussi des groupements de parents d'élèves en classes de perfectionnement ou d'associations se formant autour d'un I.M.P.

Le regroupement *au niveau des Techniciens* est également riche d'échanges d'informations, d'expériences vécues ; il s'adresse aux Instituteurs et Educateurs spécialisés, aux Psychologues, Travailleurs sociaux et aussi aux Médecins.

Il apparaît très important que ces Techniciens puissent *se rencontrer avec les autres responsables* de l'enfance dite normale : mouvements pédagogiques divers, mouvements de jeunesse, et plus encore qu'ils aient l'occasion d'échanges fructueux entre disciplines différentes.

Regroupement enfin au niveau des Institutions, Services ou Etablissements. Ainsi, l'adhésion, en fonction des buts poursuivis par chacun, à d'importants organismes pédagogiques ou sociaux, maintient-elle le lien nécessaire entre ces Institutions spécialisées et les autres secteurs d'action sanitaire, sociale ou pédagogique.

Ces regroupements, cette collaboration, ces échanges resteront insuffisants, voire inopérants si, *à l'échelon supérieur*,

n'est pas établie entre les Administrations compétentes une *coordination rationnelle*, et si, au niveau de l'exécution, n'est pas institué un lien solide entre ces Administrations et les Organismes publics, semi-publics ou privés, chargés du travail concret lui-même. A la première exigence répond la création au Commissariat Général du Plan d'Equiperment et de Productivité d'un « *Intergroupe* » de l'Enfance Inadaptée : à la seconde, la mise en place des Associations Régionales de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence (A.R.S.E.A.) devenues, en 1964, *les Centres Régionaux pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées* (C.R.E.A.I.).

Pendant la période de 1943 à 1963, en effet, ont été créées et se sont développées les Associations Régionales pour la Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence (A.R.S.E.A.), ainsi que des Associations départementales ou locales pour la gestion de services ou d'établissements destinés à l'Enfance ou l'Adolescence Inadaptées.

La circulaire du 1^{er} octobre 1945, sur la coordination des Services de l'Enfance déficiente, précisait que les Associations régionales, conçues comme des Associations privées de la loi de 1901, ont cependant des statuts-types comportant la participation de droit, à côté de personnalités privées choisies pour leur compétence ou leur action en matière d'enfance irrégulière, des représentants officiels de l'Education nationale, de la Justice et de la Santé publique et de la Population.

Comme a pu le dire, par la suite, un Directeur général de la Population, les « A.R.S.E.A. étaient des *Associations privées assurant un service public* » pour le développement de l'Action sanitaire et sociale en faveur de l'Enfance Inadaptée.

Dans les conclusions d'un rapport établi en avril 1963 par l'Inspection générale du Ministère de la Santé publique et de la Population, qui se traduisait par un bilan positif de l'œuvre accomplie par les A.R.S.E.A. pendant 20 ans, il était reconnu que les problèmes posés par l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées avaient pris une acuité et une ampleur qui imposaient des mesures nouvelles ; il était, notamment, reproché un certain particularisme dans ce secteur et un manque de coordination.

Il était souligné parmi *les tâches les plus urgentes*, la nécessité d'accroître l'équipement, de former du personnel qualifié et d'améliorer les méthodes de rééducation.

Le Ministre de la Santé publique et de la Population qui, en cette matière, joue le rôle de Ministre coordinateur, a, par conséquent, jugé utile de *transformer la structure des Associations régionales*.

Cette intention s'est traduite par l'arrêté du 22 janvier 1964 qui institue un *Centre Technique National* pour l'Enfance Inadaptée et des *Centres régionaux*.

Les buts des Centres régionaux pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées qui sont créés dans chaque circonscription régionale et fonctionnent sous le régime de la loi du 1^{er} juillet 1901, comme les anciennes A.R.S.E.A., sont définis par les articles 10 à 13 de cet arrêté :

« Article 10. — Le Centre régional est chargé d'exercer un rôle général d'animation, d'information et de propagande en matière de prévention, d'observation, de soins et d'éducation spécialisés, de réadaptation et de réinsertion sociale, concernant les enfants et adolescents inadaptés de toutes catégories. Il facilite les liaisons entre les diverses personnes physiques et morales intéressées. Il contribue à promouvoir la formation des personnels spécialisés nécessaires. »

« Article 11. — Le Centre régional peut, à la demande de l'Inspecteur divisionnaire de la Population et de l'Action sociale, être chargé notamment de :

« 1° Créer, gérer ou faire gérer des établissements, organismes ou services pour des catégories et dans des localités où aura été constatée une déficience de l'équipement public ou privé existant ;

« 2° Assurer la formation de personnels spécialisés, notamment en créant des Ecoles d'Educateurs spécialisés ;

« 3° Assister sur le plan technique les Directeurs départementaux de la Population et de l'Action sociale dans l'exercice de leurs pouvoirs de contrôle des établissements d'enfants inadaptés. »

« Article 12. — Le Centre régional donne ses conseils techniques aux établissements publics ou privés qui lui en font la demande. »

« Article 13. — Le Centre régional dispose d'une équipe technique composée de divers spécialistes de l'Inadaptation. »

En résumé, les Centres régionaux conservent leur *structure privée* tout en étant placés, officiellement, sous la tutelle administrative et financière des Services du Ministère des Affaires sociales.

Le Centre régional de Bourgogne pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées

C.R.B.E.A.I., 2, rue Philippe-Pot, à Dijon.

L'ancienne Association Régionale pour la Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence de Bourgogne-Franche-Comté s'est transformée, au cours de l'année 1964, en *Centre Régional de Bourgogne pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées* (C.R.B.E.A.I.).

Le Ministère de la Santé publique et de la Population a donné son agrément à cette transformation par arrêté du 5 février 1965 (*J.O.* du 14 février 1965). Les statuts-types du C.R.B.E.A.I. sont conformes aux statuts-types annexés à l'arrêté du 22 janvier 1964.

Ses membres comprennent des personnes physiques et des personnes morales, c'est-à-dire des Associations ou Organismes privés, semi-publics ou publics, ayant pour but la réadaptation ou la réinsertion sociale des jeunes inadaptés de toutes catégories.

Le Conseil d'administration de 30 membres comporte :

— 20 membres élus ;

— 10 membres désignés par le Directeur du Service régional de l'Action sanitaire et sociale.

Le Directeur régional de l'Action sanitaire et sociale assiste, en qualité de Commissaire du Gouvernement, aux réunions du Centre régional.

Le Centre Régional de Bourgogne était ainsi le premier Centre régional à recevoir l'agrément du Ministère de la Santé publique et de la Population. Ce résultat a pu être obtenu grâce aux efforts et à la compréhension du *Directeur du Service régional de l'Action sanitaire et sociale*. Mais c'est également la preuve

d'un état d'esprit d'entente, de confiante collaboration et d'efficacité.

Telle qu'elle est définie par l'arrêté ministériel, l'activité du Centre Régional de Bourgogne s'étend à la fois au domaine de la création et de la gestion d'établissements et à celui plus général de l'animation, de l'information et de la propagande dans le secteur régional qui lui est attribué et qui recouvre les départements de la Côte-d'Or, de la Nièvre, de la Saône-et-Loire et de l'Yonne.

L'action du Centre régional *en matière de gestion* n'est pas négligeable puisqu'elle représente annuellement plus de 530 000 journées d'enfants ou d'adolescents placés en internat, en semi-internat ou sous surveillance éducative ; mais il est certain que c'est surtout en développant *l'information et la coordination régionale*, la mise à la disposition de services techniques aux œuvres et établissements spécialisés de la région, que le Centre régional remplira sa mission essentielle.

Dans l'état actuel de l'organisation du Centre Régional de Bourgogne, les services et établissements dont il assure la gestion sont les suivants :

- Services Administratifs et Financiers du siège : 2, rue Philippe-Pot, Dijon.
- Service Technique : 28, boulevard Carnot, Dijon, comprenant des Médecins (Psychiatres et Pédiatres), des Psychologues, des Assistantes sociales...
- Ecole Régionale de Formation d'Educateurs Spécialisés : rue du Professeur-Marion, Dijon.
- Centre Régional d'Observation « Les Cèdres » : 7, rue Charles-Poisot, Chenôve.
- Service d'Observation en Milieu Ouvert et de Consultation d'Orientation Educative : 28, boulevard Carnot, Dijon.
- Foyer de Semi-Liberté « Le Mas d'Azil » : 6, rue Changenet, Chenôve.
- Service de Placement Educatif, Artisanal et Professionnel : 6, rue Changenet, Chenôve.
- Service d'Action Educative en Milieu Ouvert et de Tutelle aux Allocations Familiales : 8, rue Docteur-Chaussier, Dijon.
- Centre Educatif et Professionnel : Velars-sur-Ouche.
- Institut Médico-Pédagogique : 28, boulevard Carnot, Dijon.
- Institut Médico-Professionnel : 4, rue Changenet, Chenôve.

L'Union régionale interfédérale des œuvres privées sanitaires et sociales (U.R.I.O.P.S.S.).

Créée en 1947, l'Union Nationale Interfédérale des Œuvres Privées Sanitaires et Sociales (U.N.I.O.P.S.S.) est un *organisme privé* ouvert à l'adhésion libre de toute œuvre ayant des activités sanitaires ou sociales à but non lucratif. Elle regroupe actuellement 12 Œuvres ou Associations privées.

Parmi *les tâches qu'assure l'U.N.I.O.P.S.S.*, les principales sont celles d'information et de documentation, d'études des besoins généraux de la Nation en matière d'activité, d'entraide, de représentation des intérêts généraux permanents des Œuvres privées, de contacts entre ces Œuvres pour faciliter leur collaboration en cas de besoin, de liaison avec les Pouvoirs publics et les Organismes de caractère semi-public.

L'Union Nationale édite une revue intitulée *Union Sociale*.

Vingt et une Unions Régionales (U.R.I.O.P.S.S.) — dont une pour la Région sanitaire de la Bourgogne (Côte-d'Or, Nièvre, Saône-et-Loire) — sont regroupées au sein de l'Union Nationale.

L'Union Régionale se propose *quatre buts de travail* :

- encourager et faciliter la vie et le développement de l'ensemble des Organismes et Institutions qui lui sont rattachés ;
- les représenter auprès des Pouvoirs publics et des Organismes de Sécurité Sociale ;
- assurer le maintien de la liberté d'action et de l'autonomie administrative des Œuvres privées ;
- faciliter les démarches des promoteurs d'Etablissements nouveaux.

L'action que mènent, en Bourgogne, les responsables de l'Union Régionale est particulièrement féconde : qu'il s'agisse de défendre les intérêts des Œuvres privées, de représenter celles-ci auprès des Pouvoirs publics, de susciter des prises de contacts plus fréquentes ou même de contribuer à l'information et à la documentation des responsables de ces Œuvres.

C'est ainsi que l'Union Régionale organise, tous les deux ans, des Journées Régionales d'Information. En 1966, le thème d'étude portait essentiellement sur les problèmes posés par l'Enfance Inadaptée.

En Côte-d'Or, outre le Centre Régional de Bourgogne pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées et l'Association d'Aide à l'Enfance Inadaptée — dont la raison d'être fut d'ouvrir l'I.M.P. de Fontaine-lès-Dijon — deux autres Œuvres gèrent des Etablissements spécialisés pour enfants déficients ou inadaptés. Ce sont :

- L'Union des Sociétés Mutualistes de la Côte-d'Or ;
- L'Œuvre des Pupilles de l'Ecole Publique.

L'Union des Sociétés mutualistes de la Côte-d'Or

La Mutualité est un mouvement d'entraide dont les origines sont très anciennes et dont les formes et modalités d'action furent très diverses au cours des années.

Il s'agit d'un *mouvement libre*, sans obligation, ouvert à tous ceux qui veulent s'entraider, qui recherche les besoins de la Société et, avec l'aide de ses adhérents, tente de trouver les moyens de répondre à ces demandes d'assistance.

A ce titre, les Sociétés Mutualistes sont habilitées à assurer le complément des régimes d'obligation d'Assurances sociales, à gérer certains autres régimes obligatoires — Artisans, Exploitants agricoles — et à créer des Œuvres sanitaires et sociales pour les malades, les personnes âgées et l'Enfance Inadaptée.

L'Union des Sociétés Mutualistes de la Côte-d'Or regroupe les Sociétés Mutualistes locales, professionnelles ou d'entreprise. L'Union compte actuellement 135 000 adhérents, soit un Côte-d'Orien sur trois. *Un Comité spécialisé* pour les problèmes de l'Enfance Inadaptée a été constitué au sein de l'Union.

L'Union des Sociétés Mutualistes de la Côte-d'Or gère, pour le moment, deux Etablissements pour enfants débiles profonds :

- Le Foyer des Jeunes de Nolay ;
- L'I.M.P. du « Petit Versailles », à Châtillon-sur-Seine.

Par la suite, l'Union ouvrira un Institut Médico-Professionnel à Semur pour des adolescents déficients intellectuels profonds.

L'Œuvre des Pupilles de l'Ecole Publique

A l'origine, simple œuvre charitable due à l'initiative d'Enseignants, et destinée à venir en aide aux enfants dont le père était éloigné du foyer familial par suite des hostilités au cours de la première Guerre mondiale, l'Œuvre des Pupilles de l'Ecole Publique a progressivement étendu son action à tout le territoire métropolitain et a été « reconnue d'utilité publique » en 1919.

Chaque organisation départementale, dont le Président est l'Inspecteur d'Académie, est affiliée à la Fédération Nationale des Œuvres de Pupilles de l'Ecole Publique.

Si l'action d'entraide et d'assistance matérielle et financière aux élèves des Ecoles de l'Etat a été l'une des premières manifestations, d'ailleurs très utile, de l'Œuvre des Pupilles de l'Ecole Publique, celle-ci s'est peu à peu tournée vers la création et l'animation de colonies de vacances et *la gestion de maisons d'enfants à caractère sanitaire et social*. La tendance actuelle serait plutôt de créer des colonies climatiques à la mer et à la montagne. Par ailleurs, les établissements et classes de plein air acceptent maintenant des enfants présentant de petits *troubles de l'adaptation* ou dont la carence affective et éducative de la famille est manifeste.

C'est ainsi qu'en Côte-d'Or, l'Œuvre des Pupilles de l'Ecole Publique gère :

- Le Clos Chauveau : Ecole de Plein Air et Centre d'Eductions Spécialisées ;
- La Maison des Pupilles de Montmoyen : I.M.P. pour débiles légers et moyens ;
- L'Aérium de Coutivert ;
- La Maison d'Enfants à caractère social « Les Charmilles », à Fleurey-sur-Ouche.

Sont actuellement en construction et seront gérés par l'Œuvre, les futurs Instituts Médico-Professionnels — Internat et Semi-Internat — pour débiles légers et moyens, de la Motte-Giron, à Dijon.

LA FORMATION DU PERSONNEL SPECIALISE

L'évolution rapide des sciences humaines et les progrès réalisés — depuis une vingtaine d'années surtout — dans la connaissance des problèmes posés par l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées, ont permis de mieux estimer les besoins des jeunes et ont éclairé de *façon nouvelle* l'action à entreprendre.

La conception même de l'« éducateur spécialisé » — l'un des artisans de cette action — allait parallèlement s'en trouver modifiée. *La spécificité de son rôle* devait s'imposer et faire apparaître sa complémentarité par rapport à celui des différents membres de l'équipe médico-sociale et psycho-pédagogique : Médecins, Enseignants, Psychologues, Infirmières, Assistantes sociales, Rééducateurs divers.

L'Educateur doit être informé de nombreuses techniques et apprendre à travailler en équipe avec de nombreux spécialistes : son but est de contribuer, par une action pédagogique à la fois propre et coordonnée avec les autres techniques, à l'observation, puis à la réadaptation du sujet. Cette action suppose, en effet, l'existence *d'une personne* qui se tient auprès des jeunes *de manière permanente*, cette présence ne pouvant être assurée par les différents spécialistes qui interviennent, chacun, en fonction de son domaine particulier et en un temps donné. C'est à l'éducateur spécialisé qu'est habituellement dévolu ce rôle. L'éducateur agit donc, tantôt d'une manière *individuelle* sur chacun des enfants et adolescents qui lui sont confiés, tantôt sur le *groupe* ; il propose et anime des activités éducatives adaptées à chacun, en cherchant à donner à tous la formation socio-morale dont ils ont besoin.

L'action de l'éducateur spécialisé, dont la qualification a été sanctionnée par un diplôme délivré par une Ecole habilitée, s'exerce dans les Etablissements et Services contrôlés par les Ministères compétents pour l'Enfance Inadaptée : Affaires sociales, Justice et Education nationale. Ces Etablissements et Ser-

vices peuvent être gérés par des organismes privés, semi-publics ou publics.

Mais si, parmi les professions au service de l'Enfance Inadaptée, celle d'Educateur Spécialisé mérite une mention spéciale, ne serait-ce que parce qu'elle concerne tous les inadaptés quelle que soit leur catégorie, elle n'est cependant que l'un des éléments d'une équipe éducative complète.

En effet, il faut citer, outre les Médecins — Pédiatres, Psychiatres et autres Médecins Spécialistes — et les Juges pour Enfants, les Instituteurs Spécialisés, les Psychologues, les Rééducateurs Orthophonistes, de Psychomotricité, les Masseurs-Kinésithérapeutes, les Jardinières d'enfants, les Assistantes sociales, les Délégués permanents à la Liberté Surveillée.

Nous n'étudierons, dans ce chapitre, que les deux Etablissements existant en Côte-d'Or, pour la formation d'Educateurs Spécialisés et d'Instituteurs Spécialisés :

— *L'Ecole de formation d'Educateurs Spécialisés ;*

— *Le Centre Régional de Formation d'Instituteurs Spécialisés.*

L'ECOLE DE FORMATION D'EDUCATEURS SPECIALISES DE DIJON

L'Ecole d'Educateurs Spécialisés, de Dijon, a pour but d'assurer, sur un plan technique et humain, la sélection, puis la formation de jeunes gens et de jeunes filles qui se destinent à l'éducation d'enfants et d'adolescents inadaptés ou difficiles.

Cette Ecole est gérée par le Centre Régional de Bourgogne de l'Enfance et de l'Adolescence Inadaptées. Elle est rattachée, pour l'enseignement, à l'Université de Dijon, sous l'autorité d'un Comité-Directeur, présidé par le Recteur de l'Université (18).

Les conditions d'admission et de sélection des élèves, les programmes des cours, des travaux pratiques, examens et conditions d'obtention des diplômes sont arrêtés par le Comité-Directeur.

(18) Décret du 12 août 1964. *J.O.* du 19 août 1964.

L'Ecole d'Educateurs, de Dijon, figure sur la liste des Ecoles de Formation d'Educateurs habilitées à délivrer le « *Diplôme d'Educateur Spécialisé* » (19).

L'enseignement comporte obligatoirement *trois années d'études*, qui peuvent être organisées de deux manières différentes, selon que l'élève suit la formule « A » ou la formule « B ».

En formule « A », le cycle d'études est caractérisé par le fait qu'un stage de contact d'une année, accompli sous le contrôle de l'Ecole, précède la formation théorique et les stages de formation pratique. Dans cette formule, l'élève-éducateur est rémunéré pendant les trois années d'études.

En formule « B », le cycle d'études commence par la formation théorique à l'Ecole, et, après les stages de formation pratique effectués dans différents établissements et services, se termine par un stage d'exercice d'une année. L'élève-éducateur, formule « B », peut demander une bourse au Ministère des Affaires sociales, durant l'année théorique à l'Ecole ; pendant les stages de seconde année et de troisième année, il reçoit une indemnité mensuelle.

Il convient de préciser que l'utilisation de la formule « B » est exceptionnelle à l'Ecole de Dijon, la règle commune étant de suivre la formule « A ». Le Jury de sélection se réserve, en tenant compte des aptitudes, de la maturité, du cas particulier de chaque candidat, d'accepter ou de rejeter son option pour la formule « B ».

L'Ecole est ouverte aux candidats des deux sexes de 19 à 30 ans.

Toute admission est précédée d'une *sélection sévère*, qui comporte obligatoirement, pour tous les candidats, trois temps :

- un examen médico-psychologique de pré-sélection ;
- des épreuves de culture générale ;
- un stage de pré-sélection.

Les critères d'admission inspirent toutes les décisions prises par la Commission de pré-sélection et le Jury de sélection ; ils

(19) Circulaire du Ministère de la Santé publique et de la Population en date du 1^{er} août 1962.

comprennent des critères de santé, d'ordre intellectuel, affectif, psycho-pédagogique et de moralité.

L'examen médico-psychologique de pré-sélection : la Commission de pré-sélection, composée d'un Psychiatre et d'un Psychologue agréés par le Comité-Directeur, du Directeur et du Directeur adjoint de l'Ecole, organise des examens hebdomadaires, tout au long de l'année. Les candidats sont convoqués à ces examens, au fur et à mesure qu'ils se font connaître et ont déposé leur dossier de candidature à la pré-sélection.

L'examen de pré-sélection dure, pour chaque candidat, une journée entière ; il comporte :

- un examen psychologique de niveau mental et de personnalité ;
- un entretien avec le Médecin psychiatre ;
- un entretien avec le Directeur ;
- éventuellement, si la Commission de pré-sélection l'estime nécessaire, un examen somatique de contrôle.

Ces différents examens et entretiens permettent d'apprécier *les aptitudes du sujet* à la profession d'Educateur.

Les épreuves de culture générale de sélection se déroulent à la fin de l'année scolaire, à une date arrêtée par le Comité-Directeur. Seuls peuvent s'y présenter les candidats autorisés par la Commission de pré-sélection.

Le stage de sélection : seuls sont convoqués à ce stage les candidats retenus par le Jury de Sélection, à l'issue des épreuves écrites de culture générale. Ce stage dure une dizaine de jours ; il aura surtout pour but *d'observer le comportement social des candidats* à travers un certain nombre d'activités collectives : sports, enquêtes, veillées, visites, travaux de groupes... et permet ainsi de mieux les connaître et de les orienter, en fonction de leur personnalité, en particulier en ce qui concerne le choix du terrain de « stage de contact » pour les candidats qui n'ont pas encore travaillé au service de l'enfance inadaptée.

Au terme de ce stage, et en fonction des résultats de celui-ci, le Jury de Sélection établit la liste des candidats admis à l'Ecole en formule « A » et, éventuellement, en formule « B ».

La formation donnée à l'Ecole ne consiste pas seulement à donner au futur Educateur spécialisé le moyen d'appliquer des

techniques pédagogiques apprises ; elle cherche à favoriser l'équilibre et l'épanouissement d'une personnalité. Elle comporte donc une large part de *formation humaine* et culturelle, en même temps qu'elle permet des acquisitions techniques, des habitudes pratiques, et propose à la réflexion des notions théoriques qui demandent à être assimilées.

L'application de la théorie à la pratique et cette formation humaine sont assurées par l'Equipe permanente de l'Ecole, en coordination avec les Professeurs d'Enseignement théorique de l'Université de Dijon — Faculté des Lettres et des Sciences Humaines, Faculté de Droit, Ecole nationale de Médecine —, les Instructeurs techniques et aussi les Educateurs de la région qui sont appelés à apporter aux élèves le témoignage de leur expérience et assument la responsabilité des stages pratiques.

Chacune des trois années d'études, dans la formule « A », comme dans la formule « B », comprend un examen, avec des épreuves écrites, orales et pratiques. *Le diplôme d'Educateur spécialisé* ne peut être délivré, sur proposition du Jury des examens, qu'après trois années complètes d'études et de stages, et soutenance d'un mémoire ; ce diplôme, signé par le Recteur de l'Université de Dijon, *est un Diplôme d'Université*.

L'Ecole de Formation d'Educateurs Spécialisés de Dijon, qui fonctionnait depuis 1962, 28, boulevard Carnot, à Dijon, s'installe, pour la rentrée 1966, *dans de nouveaux locaux*, rue du Professeur-Marion, près du nouvel hôpital du Bocage. L'Internat de cette nouvelle Ecole comporte 65 chambres individuelles dans un premier bâtiment et 15 chambres de 4 lits chacune, dans une autre construction. Alors qu'il n'était possible de former que trois promotions de 30 élèves par an, ce sont désormais trois promotions de 60 élèves qui sortiront chaque année.

Le Centre régional de formation des Maîtres chargés de l'instruction et de l'éducation des enfants et adolescents déficients ou inadaptés

« Le Centre Régional de Formation des Maîtres chargés de l'Instruction et de l'Education des Enfants et Adolescents Déficients ou Inadaptés » est rattaché à l'Ecole Normale d'Instituteurs de Dijon.

Ce Centre fut créé en 1964. Son recrutement s'étend sur sept ou huit départements autour de Dijon. Son effectif actuel est de 32 jeunes gens, déjà Instituteurs.

Les Instituteurs de l'Enseignement public, spécialisés pour enfants inadaptés, doivent être pourvus du *Certificat d'Aptitude à l'Enseignement des Enfants déficients ou Inadaptés* (C.A.E.I.). C'est à l'obtention de ce diplôme que vise la formation donnée aux élèves du Centre Régional de Dijon.

Un Enseignement théorique est donné aux étudiants au cours de la *première année* ; des épreuves portant sur ces connaissances théoriques ont lieu à la fin de cette première année d'études.

La deuxième année est consacrée uniquement aux *stages pratiques* et, à l'issue d'épreuves sanctionnant ces stages, l'Instituteur est titularisé.

Un « Tronc Commun » d'études réunit, dans un premier temps, tous les étudiants se destinant à la carrière d'Instituteur Spécialisé. Cette première étape de l'enseignement porte sur la connaissance, puis l'éducation des déficients ou inadaptés, enfin sur les Institutions existant en faveur de cette catégorie d'enfants défavorisés.

— La Connaissance des enfants : étude des diverses catégories de déficients et inadaptés ; les apports de la psychologie objective ; les données des sciences biologiques, de la psychologie normale et pathologique, de la psycho-sociologie et de la sociologie.

— L'Education des enfants et adolescents inadaptés : étude de quelques doctrines et mouvements pédagogiques. L'action éducative et culturelle en milieu scolaire, en milieu familial, en Internat ; l'intégration au monde des adultes.

— Les Institutions au service des inadaptés et relevant des Ministère de l'Education nationale, des Affaires sociales, de la Justice, du Travail.

A l'issue de ce « Tronc Commun », les étudiants du Centre Régional de Formation des Maîtres Spécialisés peuvent choisir entre les *différentes options du C.A.E.I.* :

— déficients intellectuels ;

— caractériels et inadaptés sociaux ;

- réadaptations psycho-pédagogiques ;
- déficients physiques ;
- handicapés moteurs ;
- déficients visuels.

Seule l'option « Déficients intellectuels » est offerte, à Dijon. Les étudiants désirant fixer leur choix sur d'autres options doivent, par exemple, se rendre aux Centres Nationaux de Pédagogie Spéciale de Beaumont ou de Suresnes.

Le programme des cours en option « Déficients Intellectuels » au Centre de Dijon comporte d'abord une connaissance de ces enfants — méthodes d'approche et psychologie de la débilité —, puis une étude des problèmes éducatifs — pédagogie, préparation du débile à la vie professionnelle et à son insertion éventuelle au monde du travail —, enfin une étude des Institutions pour débiles — Commissions Médico-Pédagogiques, Etablissements et Organismes sociaux de prise en charge.

Il faut donc regretter actuellement que le Centre Régional de Dijon ne puisse offrir un large éventail d'options aux futurs Maîtres Spécialisés.

Certes, si les problèmes matériels — de locaux, en particulier — restent à résoudre, ce sont surtout les difficultés concernant le recrutement ou *le concours d'un personnel enseignant* nombreux et compétent qui constituent l'un des obstacles les plus sérieux à la multiplication des options offertes aux candidats. En effet, la diversité et la technicité des cours obligent à recourir à la collaboration précieuse, mais aléatoire, de Professeurs des Facultés des Lettres et Sciences humaines, de l'Ecole nationale de Médecine de Dijon, et de personnalités extérieures tels que Juge des Enfants, Directeurs d'établissements spécialisés.

LES ASSOCIATIONS DE PARENTS

L'attente, puis la naissance d'un enfant dans une famille, quelle qu'elle soit, apportent le plus souvent tout un ensemble de joies. *Cette nouvelle vie regroupe* autour d'elle tous les éléments du foyer. *Que reste-t-il de cette joie quand l'enfant est anormal ?*

Souvent, les premières semaines qui suivent la naissance s'écoulent sereines, encore que l'intuition maternelle puisse percevoir, déjà, quelques sujets d'inquiétude.

Parfois, au contraire, c'est une maladie post-natale qui est à l'origine de constatations analogues. D'ordinaire, c'est, peu à peu, que l'on s'aperçoit d'un développement plus lent chez cet enfant que chez les autres ; *on compare son évolution* avec celle de tel enfant du même âge ; on évoque les souvenirs de l'enfance des autres frères et sœurs. La révélation est quelquefois plus brutale : c'est un tiers, ou un Médecin au cours d'un examen, qui alerte la famille. Quels que soient les ménagements qui entourent cette annonce, la déception, l'inquiétude puis le désespoir font place à la joie des premières semaines.

Pour toutes les familles, dans tous les milieux, l'enfant déficient c'est *l'intrusion dans un foyer* d'une vie amoindrie, tronquée, incomplète. Tous les parents, sans exception, après le choc émotionnel, éprouvent cet intolérable *sentiment de frustration* qui conduit à une phase de désespoir pouvant aller jusqu'à la tentation du suicide.

C'est aussi la période où, quelquefois, père et mère se rejettent mutuellement une hypothétique responsabilité dans l'épreuve qu'ils traversent.

Pour que cette épreuve ne se renouvelle pas, bon nombre de foyers, solidement unis, refusent un autre enfant qui pourrait ressembler à celui-ci.

Après cette période de désarroi, c'est l'anxiété devant l'avenir. Il y a un changement d'orientation familiale : les parents se demandent, angoissés, ce que leur enfant déficient *deviendra* plus tard.

La présence d'un enfant infirme dans une famille apporte non seulement une *perturbation morale et affective*, mais oblige à une modification de l'organisation matérielle de tous les jours.

Toute la famille et l'entourage vont s'efforcer de pallier la déficience d'une façon plus ou moins heureuse, mais cela nécessite une *transformation radicale de l'atmosphère familiale*.

Un certain nombre de parents, avertis très tôt de la déficience de leur enfant, se refusent à mesurer l'étendue de l'infirmité. Ils attendent un miracle. Allant du Médecin généraliste au Spécialiste, du guérisseur au charlatan, ils restent persuadés qu'une guérison rapide est possible ; ils guettent toutes les découvertes médicales et chaque prétendue guérison signalée est prétexte à un nouvel espoir, qui leur permet de fuir la réalité et retarde d'autant le début de la rééducation.

D'autres familles, spécialement celles qui possèdent une certaine culture scientifique, manifestent une anxiété stérile, souvent motivée par un sentiment de culpabilité. Elles recueillent avec avidité une large documentation médicale et technique dont elles font, trop souvent, mauvais usage.

Enfin, un nombre croissant de familles, après avoir pris objectivement conscience de l'état de déficience de leur enfant, et être passé souvent par les étapes déjà décrites et qui interviennent d'ailleurs entre elles, se tourne vers l'avenir.

Après avis d'un Spécialiste qui suivra régulièrement l'enfant, les parents entreprennent la rééducation qui doit être aussi précoce que possible.

La famille éprouvée par la présence d'un enfant handicapé ne peut rester seule. Elle *doit s'appuyer avec une confiance* totale sur les auxiliaires qui lui sont indispensables : Médecins, Psychologues, Assistantes sociales, Educateurs et Instituteurs spécialisés. Toutes ces personnes ayant le souci du « travail en équipe » devraient tenir le plus grand compte du milieu familial, de ses réactions particulières et des difficultés de comportement et d'équilibre de beaucoup de parents d'enfants inadaptés.

Mais il est indispensable que les parents ayant un enfant handicapé *s'unissent* ; c'est le but des associations de parents telles qu'il en existe une, dans le département de la Côte-d'Or.

Nous étudierons ici l'*Association Départementale des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés*.

L'Association Départementale des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés
— A.D.A.P.E.I., 8, rue du Docteur-Chaussier, Dijon.

L'Association Départementale des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés fut créée en 1962, à l'initiative d'un Conseiller à la Cour de Dijon, lui-même père d'un enfant déficient, et avec l'aide de parents et d'Educateurs.

Cette Association départementale, à but non lucratif, est affiliée à l'Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés (U.N.A.P.E.I.). En 1954, plusieurs Associations locales de « *Papillons Blancs* » existaient déjà en France et c'est en 1960 que celles-ci, prenant conscience du problème posé par la naissance d'un enfant handicapé et des conséquences familiales qui en découlaient, se regroupaient sur le plan national, en créant l'U.N.A.P.E.I.

A l'heure actuelle, l'U.N.A.P.E.I. regroupe 158 Associations dont 55 comptent 148 sections qui représentent près de 25 000 familles. La revue *Nos Enfants Inadaptés*, tire actuellement à 30 000 exemplaires. Le 30 août 1963, l'U.N.A.P.E.I. était reconnue d'utilité publique après quinze ans d'expérience et trois ans de fonctionnement en tant qu'Union Nationale.

L'Association de la Côte-d'Or compte actuellement près de 500 adhérents et a installé une section à Beaune où existent un I.M.P. et un I.M.Pro pour débiles profonds, œuvre de l'Association des Papillons Blancs de Beaune.

Elle réunit, encore pour le moment, essentiellement des *parents d'enfants déficients mentaux*. Mais elle devra, à l'avenir, s'ouvrir d'avantage à toutes les familles ayant un inadapté, qu'il soit déficient physique ou sensoriel, caractériel ou délinquant. Cela supposera, nécessairement, la création de sections au sein de l'Association.

Si, à l'origine, les Associations de Parents avaient surtout pour but de créer et de gérer des Centres de Rééducation, elles se tournent actuellement *vers d'autres formes d'action*.

De création récente, l'Association de Dijon ne gère aucun établissement. Son rôle peut se résumer en quelques lignes directrices :

— Défense des intérêts de l'enfant handicapé ;

— Aide et Information des familles ;

— Liaison avec des Organismes Médicaux ou Sociaux divers et avec des Organismes de gestion d'établissements.

La défense et la protection de l'enfant inadapté supposent d'attirer l'attention des Pouvoirs publics sur ces problèmes. Mais, en même temps, il fallait tenter d'apporter une réponse concrète à des questions d'ordre moral, éducatif, social ou financier que pose la rééducation de ces enfants. Pour sa part, l'Association de Dijon contribue au soutien de l'action menée par l'U.N.A.P.E.I. en faveur de la protection sociale et, plus particulièrement, de la protection juridique de l'inadapté.

L'aide apportée aux familles nécessitait tout d'abord une tâche d'information : il importait à l'Association d'accueillir, de conseiller, d'aider et de guider les familles. Cette action familiale se concrétise dans les « *permanences* ». Celles-ci ont lieu une fois par quinzaine, au siège de l'Association, 8, rue du Docteur-Chaussier, à Dijon. Elles sont assurées *par les adhérents eux-mêmes* : une dizaine de parents, en moyenne, y viennent demander conseil. Sont communiqués des renseignements sur les possibilités de placement, de prise en charge, du Droit des familles, le statut juridique de l'inadapté. Pour faciliter les réponses données aux familles, un fichier des Etablissements spécialisés de la région, publics ou privés, a été constitué et est constamment tenu à jour.

Enfin, *la liaison avec d'autres Organismes et Services* s'intéressant à l'Enfance Inadaptée est l'objet d'une attention particulière : c'est ainsi que l'Association est amenée à faire entendre la voix des Parents auprès du Centre Régional de Bourgogne pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées, l'Association d'Aide à l'Enfance Inadaptée, des Directeurs d'Internats ou de Semi-Internats spécialisés. Ce rôle de liaison se double souvent d'une *tâche d'information* auprès des Etablissements d'enseignement : Ecole de Formation d'Educateurs Spécialisés, Ecole d'Infirmières et d'Assistantes Sociales, Ecole de Médecine, et auprès des Services de prise en charge.

Mais pour accomplir une tâche aussi variée que délicate, l'Association doit s'assurer du concours de nombreux adhérents et d'une organisation matérielle efficace.

Un dossier complet est donc constitué pour chaque enfant ; il comprend les renseignements familiaux et sociaux, l'état civil, la nature de l'inadaptation, des informations sur un placement éventuel, la correspondance échangée avec la famille et une fiche, tenue à jour, faisant mention de la venue des parents aux permanences de l'Association.

Des délégués familiaux maintiennent un contact encore plus étroit avec les familles. Cette « action familiale » est menée généralement en « foyers » dont la responsabilité englobe un secteur géographique. C'est ainsi que Dijon a été divisé en 14 secteurs, réunissant chacun 10 à 15 familles. Outre le resserrement des liens entre les familles déjà connues, ces délégués ont un rôle de prospection des familles encore isolées et de proposition des services de l'A.D.A.P.E.I.

Cette information des familles est d'ailleurs facilitée par la publication trimestrielle de l'U.N.A.P.E.I. : *Nos Enfants Inadaptés*, qui complète maintenant un Bulletin d'information destiné aux familles moins évoluées.

Enfin, chaque année, est organisé à Dijon, dans une salle aimablement mise à la disposition de l'Association par le Conseil municipal, l'Assemblée générale publique de l'A.D.A.P.E.I. C'est une occasion donnée à tous les parents d'enfants inadaptés de la Côte-d'Or de *se retrouver*, mais aussi de prendre connaissance des activités de leur Association en faveur de toutes les catégories de handicapés, de son action sur le plan local et national, de son rôle de défense des intérêts de l'Enfant Inadapté et de sa famille.

L'ÉDUCATION RELIGIEUSE DES INADAPTES

Les enfants inadaptés ont, comme tous les autres, droit à une éducation religieuse, mais *sont-ils susceptibles de recevoir une telle éducation ?* La question demeure actuellement posée, et la réponse ne peut être donnée qu'en fonction de chaque cas particulier.

Trois aspects de cette éducation sont à retenir et, selon la gravité de la déficience ou du handicap, seront l'objet d'une plus ou moins grande attention de la part des ministres du culte. Ce sont :

- une éducation religieuse fondamentale qui s'identifie avec l'éducation générale ;
- un enseignement religieux ;
- une initiation à la pratique sacramentelle ou liturgique et à la vie de prière de la communauté religieuse.

Au plan national, en ce qui concerne le Culte catholique, il existe, dans le cadre de la Commission nationale de l'Enseignement religieux, une sous-commission de Pédagogie Catéchétique Spécialisée, chargée des problèmes posés par l'enseignement religieux des enfants, adolescents et adultes inadaptés.

Au plan diocésain, le responsable de l'Enseignement religieux de l'Enfance Inadaptée est le Directeur diocésain de l'Enseignement religieux.

C'est ainsi qu'en Côte-d'Or, la catéchèse des enfants déficients intellectuels a déjà été tentée dans les I.M.P. ou I.M.Pro de Dijon (boulevard Carnot), de Fontaine-lès-Dijon, de Beaune et, pour les infirmes moteurs ou déficients sensoriels, au Centre d'Éducatons Spécialisées au Clos Chauveau, à Dijon.

La tâche reste donc entière en ce qui a trait aux Classes de Perfectionnement, aux Établissements pour caractériels et inadaptés sociaux.

Là encore, *l'information* des personnes intéressées, une *meilleure formation* de Pédagogie catéchétique et l'appel aux parents d'enfants inadaptés, susceptibles de collaborer à cet enseignement religieux, apparaissent indispensables.

En juillet 1967, la Région apostolique de l'Est — regroupant les diocèses de Besançon, Saint-Claude et Dijon — organisera des *Journées d'Etudes régionales pour la Pédagogie catéchétique des Enfants Inadaptés ou Retardés*.

Les Cultes protestant et israélite étudient et commencent à organiser, sur le plan national pour le moment, la catéchèse des Inadaptés.

PERSPECTIVES D'AVENIR

Ces enfants et ces adolescents, que l'on appelait jadis « anormaux » ou « irréguliers », que l'on désigne aujourd'hui sous le nom d' « inadaptés », posent à notre conscience collective la douloureuse question de *leur nombre* et celle, angoissante, de *leur devenir*.

Tout au long de ce travail, nous nous sommes résolument placé dans une perspective médico-sociale, et peut-être nous le le reprochera-t-on. Sans doute, bien d'autres aspects méritent de faire l'objet d'études parallèles : cependant, il s'agit essentiellement d'un problème d'*hygiène sociale infantile* et celle-ci n'est pas dissociable de l'*hygiène mentale*.

L'Enfance Inadaptée est une. Cette unité doit se retrouver dans le domaine des mesures et des méthodes préconisées : les actions médicales, pédagogiques, sociales ne peuvent être séparées ; elle doit se retrouver encore dans la *pérennité de l'action entreprise* : le dépistage, la cure, la post-cure et la réadaptation ne sont pas dissociables non plus ; enfin, cette unité doit être présente dans les directives, les contrôles, la politique générale des administrations de tutelle et des organismes de gestion.

L'éducation et la rééducation des enfants inadaptés supposent l'usage de techniques impliquant l'existence d'établissements, de services et de personnels spécialisés.

Dans les chapitres précédents, nous avons dressé le bilan des réalisations médico-sociales déjà en place dans le département de la Côte-d'Or.

Il importe, maintenant, de passer brièvement en revue les établissements ou services qui verront le jour dans un avenir proche.

Ces futures réalisations se rapportent à deux grandes catégories.

En premier lieu, des projets ont été élaborés en vue d'offrir, à telle ou telle catégorie d'inadaptés, un plus grand nombre de

places dans les établissements spécialisés : qu'il s'agisse, par exemple, d'Instituts Médico-Pédagogiques ou Médico-Professionnels pour débiles profonds comme les futurs établissements de la Montagne Sainte-Anne à Dijon, ou des I.M.Pro. de Semur-en-Auxois et de Beire-le-Châtel, ou qu'il s'agisse d'extension d'établissements déjà existants.

En second lieu, il convient de faire état de réalisations entièrement nouvelles pour le département, tels que, par exemple, les Ateliers Protégés et les Foyers d'Accueil à vie de Savigny-lès-Beaune et de la Montagne Sainte-Anne, à Dijon. Premiers en Côte-d'Or, également, seront l'Institut Médico-Professionnel pour débiles légers et moyens de la route de Bel-Air, à Dijon, et, à plus long terme, le Centre d'Observation pour filles.

Au cours des trois prochaines années, cinq établissements nouveaux devraient ouvrir leurs portes en Côte-d'Or :

- L'I.M.P. des Ecayennes, à Dijon ;
- L'I.M.Professionnel de Vesvrottes, à Beire-le-Châtel ;
- L'I.M.Professionnel de Semur-en-Auxois ;
- L'I.M.Professionnel de la route de Bel-Air, à Dijon ;
- L'I.M.P. et l'I.M.Pro. de la Montagne Sainte-Anne, à Dijon.

L'INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE « LES ECAYENNES », chemin de la Motte-Giron, à Dijon, géré par l'Œuvre des Pupilles de l'Ecole Publique et destiné à remplacer la Maison des Pupilles de Montmoyen, accueillera, à la rentrée 1967, 96 enfants des deux sexes, débiles légers et moyens et caractériels légers. A l'Internat, les enfants seront logés, par groupes de huit, en de véritables petits appartements ; ils auront, à leur disposition, un atelier pour deux unités de vie. Mais c'est surtout la possibilité de recourir plus facilement aux Spécialistes dijonnais qui constituera l'amélioration la plus tangible du nouvel emplacement de cet I.M.P.

L'INSTITUT MÉDICO-PROFESSIONNEL DE VESVROTTE, à Beire-le-Châtel, assurera le relais de l'éducation entreprise à l'I.M.P. de Fontaine-lès-Dijon. L'établissement, dans son état définitif, recevra, en Internat, 90 garçons et filles de plus de 14 ans, débiles profonds. Dans une première phase, 30 enfants — 15 garçons et 15 filles -- seront admis dans les deux premiers dortoirs

de l'Internat. Trois ateliers et trois salles constitueront les locaux de jour : l'une sera réservée à des leçons particulières, une autre à la rééducation motrice et la troisième, plus vaste, permettra de réunir tous les enfants.

L'INSTITUT MÉDICO-PROFESSIONNEL DE SEMUR-EN-AUXOIS, projet de l'Union des Sociétés Mutualistes de la Côte-d'Or, dont la réalisation demandera encore deux à trois ans, est destiné aux adolescents de 14 à 20 ans, déficients intellectuels profonds — la plupart sortant des I.M.P. de Nolay et de Châtillon-sur-Seine. Les garçons seront regroupés, à l'Internat, en huit unités de douze. Des travaux de jardinage d'une part, et des travaux de petits montages et de conditionnement dans sept ateliers d'autre part, seront proposés aux 96 pensionnaires. Trois salles de classe, des salles de travaux pratiques, de jeux et des réfectoires compléteront les locaux de jour.

L'INSTITUT MÉDICO-PROFESSIONNEL DE LA ROUTE DE BEL-AIR, à Dijon, dont la création est projetée par l'Œuvre des Pupilles de l'Ecole Publique, sera en mesure d'accueillir, en Internat, 96 garçons et 96 filles — originaires de la région Bourgogne (Côte-d'Or, Saône-et-Loire, Yonne, Nièvre) — et, en Semi-Internat, 48 garçons et 48 filles — de la région dijonnaise —. Seront admis les enfants et adolescents de 14 à 18 ans, débiles moyens. Des ateliers pour garçons et filles et un atelier mixte seront installés dans les locaux de jour, et leur aménagement, très souple, pourra répondre aux débouchés offerts par l'Industrie locale. L'étude de postes de travail dans les usines ou ateliers de la région et dans les collectivités constituera également un élément déterminant dans le choix des adolescents. L'établissement comprendra encore un bâtiment de classes, l'Internat — où les adolescents passeront progressivement des dortoirs à la chambre individuelle — et un bloc médical commun à l'I.M.P. des Ecayennes et à l'I.M.Pro. de la route de Bel-Air. Un Service de Placement Professionnel et un Service de Suite sont également prévus.

L'INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE ET MÉDICO-PROFESSIONNEL DE LA MONTAGNE SAINTE-ANNE, à Dijon, sera créé à l'initiative du Centre Régional de Bourgogne pour l'Enfance et l'Adolescence

Inadaptées, pour des déficients intellectuels profonds semi-éducables. Dans un premier temps, — soit à la fin 1968 environ — seront ouverts l'I.M.P. et l'I.M. Professionnel. Ces établissements accueilleront, en Internat, 96 pensionnaires en quatre pavillons : 1 (24 garçons et filles de 6 à 10 ans), 2 (24 filles de 10 à 15 ans), 3 (24 garçons de 10 à 15 ans), 4 (24 filles de 15 à 20 ans). En Semi-Internat, 48 places seront offertes à des garçons et filles de moins de 14 ans, de la région dijonnaise. A l'I.M. Professionnel, trois types d'ateliers seront expérimentés : ateliers de montage, ateliers-annexe d'une entreprise, et ateliers de production autonome. Au terme de ces réalisations, l'I.M.P. du boulevard Carnot, à Dijon, devrait être supprimé. Enfin, 3 ateliers de 15 places chacun, du type Atelier d'Aide par le Travail, seront également ouverts. Dans une seconde phase, un atelier de 120 places et un Foyer d'Accueil à vie de 60 lits seront créés.

Toutefois, *il ne s'agit pas là des seuls projets* de création d'établissements pour le département. D'autres réalisations nouvelles ou des extensions de centres spécialisés déjà existants, sont à l'étude.

On prendra connaissance de l'inventaire des projets d'équipement, arrêté au 1^{er} janvier 1966, à la fin de ce travail, page 295, dans un tableau récapitulatif, à la suite des établissements actuellement ouverts (p. 287).

Cette étude des projets d'équipement, pour les prochaines années, pose un *certain nombre de problèmes* que les promoteurs et les Pouvoirs publics se doivent de prendre en considération.

Tout d'abord, *avant d'adopter une quelconque implantation*, il est indispensable d'envisager ce que sera la vie de l'établissement, en cours de fonctionnement :

— à ce que seront les possibilités de recrutement du Personnel Spécialisé ;

— à l'attrait, aux possibilités d'éducation et de scolarisation des enfants qu'offre, aux pères et mères, le lieu choisi ;

— aux possibilités d'intervention du Personnel médical et para-médical ;

— aux possibilités de réinsertion qu'offre le milieu social de la région.

Des expériences heureuses ou malheureuses ont été faites, il importe d'en tenir largement compte.

Une autre question se pose : outre la nécessité d'une planification régionale — elle-même incluse dans la planification nationale dictée par le V^e Plan d'Équipement —, apparaît tout aussi importante la notion de *spécialisation technique*, médicale et pédagogique des établissements.

Certes, la présence d'un ou deux débilés légers dans une classe de niveaux limités n'est pas absolument condamnable, mais seulement dans la mesure où les sujets intéressés tendront à s'élever au niveau moyen et non pas à se réfugier dans la quiétude des « queues de classe ».

Cette notion de haute spécialisation amènera parfois la Bourgogne à concevoir avec les régions voisines *des équipements interrégionaux*. Les récents accords passés avec des promoteurs de Franche-Comté, lors d'une réunion tenue sous les auspices de la Caisse Régionale de Sécurité Sociale, vont permettre de régler le problème des hypoacousiques. Il semble souhaitable que ces mesures se généralisent chaque fois qu'il s'agit de *catégories à faibles effectifs*.

Par ailleurs, les Associations, les Œuvres privées doivent être extrêmement *prudentes* dans l'établissement de leur *plan de financement* ; on peut même dire qu'elles doivent rester très réservées si des Collectivités locales : départements, communes, ou si des subventions — en particulier celles de la Sécurité Sociale, dont la pérennité n'est certainement pas assurée pour l'avenir — ne viennent pas, à l'origine, diminuer la part de leur financement propre, correspondant, en général, à 20 % du coût total de la nouvelle construction.

Enfin, il faut demander une *simplification réelle de la procédure administrative* en matière de dossiers de création. Une étude réalisée en collaboration avec les Services ministériels eux-mêmes, fait ressortir que la récapitulation des dossiers, examens, avis divers auxquels est soumis tout projet de création, avoisine le chiffre de 40 : 40 personnes ou commissions qui donnent leur avis, leurs conseils, parfois leurs interdictions !

Les mesures de déconcentration déjà annoncées, la publication des normes techniques de base, devraient parvenir à supprimer beaucoup de ces consultations dont quelques-unes — rares heureusement — sont plus marquées par le souci de l'interdit que par celui de l'efficacité. Et les fonctionnaires régionaux, spécialisés dans les problèmes de l'équipement sani-

taire et social, doivent pouvoir orienter et contrôler seuls les grands impératifs des divers projets.

Malgré l'insuffisance de l'équipement médico-social de la Côte-d'Or, et plus encore de la Bourgogne, et malgré les trop nombreuses difficultés auxquelles se heurtent toujours les promoteurs, il faut se féliciter que de toutes les couches de la population, de tous les horizons philosophiques, politiques, administratifs, se soient dégagées DES VOLONTES D'AGIR, avec abnégation et persévérance : c'est à elles que doivent s'adresser les remerciements et les encouragements de tous ceux qui ne demeurent pas insensibles à la réalité de l'Enfance Inadaptée.

CONCLUSIONS

Ce travail a pour objet l'étude de l'équipement médico-social du département de la Côte-d'Or pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées.

1. — *L'Histoire* de l'action développée en faveur de cette catégorie sociale défavorisée fait ressortir l'importance de l'initiative privée.

2. — *Le Dépistage et la Prévention* sont étroitement liés. Les Médecins ont un rôle à jouer, mais aussi les Enseignants et les responsables des Services sociaux : leur information est encore souvent insuffisante.

3. — *Le Diagnostic, l'Observation et l'Orientation* sont la tâche des Consultations médicales spécialisées et des Services ou Centres d'Observation et d'Orientation Educative. L'ouverture, dans le département, d'un Centre d'Observation pour filles et de Centres d'Accueil apparaît urgente.

4. — *La décision de placement* de certains enfants caractériels, délinquants ou privés de milieu familial normal, incombe soit au Juge des Enfants et au Tribunal pour Enfants, soit au Service d'Aide sociale à l'Enfance : dans l'attente de ce placement, la création d'un Centre d'Accueil trouve ici encore son intérêt.

5. — *Les Etablissements de cure et de soins* sont trop peu nombreux, quelle que soit la catégorie d'Inadaptés envisagée. Cependant, la Côte-d'Or est incontestablement mieux équipée que les trois autres départements de la Région Bourgogne : Yonne, Saône-et-Loire et Nièvre.

Certains Etablissements, très spécialisés, ne peuvent se concevoir que dans un cadre interdépartemental et même, parfois, interrégional.

Par ailleurs, depuis quelques années seulement, un effort évident est mené par les promoteurs pour assurer une certaine continuité dans la rééducation de l'enfant, puis de l'adolescent et enfin du jeune adulte inadaptés.

6. — *Le Personnel Educateur Spécialisé* est formé dans une Ecole d'Educateurs, à Dijon.

Le Centre de Formation des Instituteurs Spécialisés, bien que de création récente, devrait pouvoir offrir un plus grand nombre d'options aux futurs Pédagogues.

Dans la plupart des Services sociaux du département, les Assistantes sociales qui portent un intérêt certain aux conséquences socio-familiales de l'Inadaptation, sont en nombre insuffisant et ont des responsabilités trop diversifiées.

7. — *La coordination* de toutes les initiatives, privées ou publiques, et de tous les efforts déployés pour éduquer et assister les enfants inadaptés, demeure assez difficile à réaliser. Elle sera certainement favorisée, à l'avenir, par l'intérêt dont font preuve, en Côte-d'Or, les Pouvoirs publics et les Collectivités locales, pour la prise en charge de l'Enfance Inadaptée.

8. — *Les perspectives d'avenir* font état de projets peut-être un peu ambitieux, mais qui tiennent compte de l'expérience acquise au cours des dernières années. De nombreuses incertitudes persistent toutefois, notamment en ce qui concerne le mode de financement de ces futures réalisations.

Vu :
Le Doyen,
J.-F. CIER.

Vu :
Le Président de la Thèse,
P.-F. GIRARD.

Vu et permis d'imprimer : Lyon, le 4 Novembre 1966.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ
P. LOUIS.

INVENTAIRE DE L'EQUIPEMENT EXISTANT EN COTE D'OR
AU 1^{er} OCTOBRE 1966

ETABLISSEMENTS POUR CARACTERIELS	PLACES EN INTERNATS				PLACES EN EXTERNATS ET SEMI-INTERNATS				OBSERVATIONS	RÉF.	
	Garçons		Filles		Garçons		Filles				
	— 14 ans	+ 14 ans	— 14 ans	+ 14 ans	— 14 ans	+ 14 ans	— 14 ans	+ 14 ans			
											Total
<i>CENTRES ET SERVICES D'OBSERVATION :</i>											
Centre Régional d'Observation « Les Cèdres » à Chenôve	21	46			67					Moyenne de 150 cas observés par an	p. 77
Service d'Observation en Milieu Ouvert à Dijon						37		8	45	Moyenne de 90 cas observés par an	p. 84
<i>ORIENTATION EDUCATIVE :</i>											
Consultation d'Orientation Educative à Dijon										Moyenne de 200 consultants par an	p. 87
<i>CENTRES DE REEDUCATION :</i>											
Centre Educatif et Professionnel de Velars- sur-Ouche		72			72						p. 216
Bon Pasteur de Dijon			80		80						p. 210
« Les Charmilles », Fleurey-sur-Ouche	23		22		45						p. 223
<i>FOYERS DE SEMI-LIBERTE :</i>											
Le Mas d'Azil à Chenôve		36			36						p. 205
Le Foyer du Bon Pasteur de Dijon	44	154	22	89	309	37		8	45		p. 210

ETABLISSEMENTS POUR DEBILES MENTAUX	PLACES EN INTERNATS				PLACES EN EXTERNATS ET SEMI-INTERNATS				OBSERVATIONS	RÉF.	
	Garçons		Filles		Garçons		Filles				
	— 14 ans	+ 14 ans	— 14 ans	+ 14 ans	— 14 ans	+ 14 ans	— 14 ans	+ 14 ans			
											Total
<i>DEBILES LEGERS ET MOYENS :</i>											
Institut De Vigne à Semur-en-Auxois				144						Petite section de 9 à 14 ans	p. 117
Maison des Pupilles de Montmoyen	56		24								p. 120
I.M.P. d'Aisy-sous-Thil	96										p. 124
I.M.P. de Villeneuve par Essey	60										p. 129
Classes de Perfectionnement					375		345		720		p. 112
	212		24	144	375		345		720		
<i>DEBILES PROFONDS SEMI-EDUCABLES :</i>											
Foyer des Jeunes de Nolay	36	12								Une section de 12 garçons de plus de 14 ans	p. 136
I.M.P. boulevard Carnot, à Dijon					12		12		24	Semi-Internat	p. 139
I.M.P. de Fontaine-lès-Dijon					15		15		30	Semi-Internat	p. 141
I.M.P. « La Source », à Beaune					10		10		20	Semi-Internat	p. 147
I.M.P. de Châtillon-sur-Seine	22				10		24		48	Internat et Semi-Internat	p. 149
I.M.Pro. de Chenôve						24		24	48	Semi-Internat	p. 156
I.M.Pro. « Le Sarment », à Beaune						13		12	25	Semi-Internat	p. 154
	58	12			47	37	47	36			
<i>ARRIERES PROFONDS :</i>											
Hôpital Psychiatrique de La Chartreuse, à Dijon	25		25							A 16 ans, passent dans les Services pour Adultes	p. 161

DEFICIENTS SENSORIELS ET MOTEURS DYSLEXIQUES	PLACES EN INTERNATS				PLACES EN EXTERNATS ET SEMI-INTERNATS				OBSERVATIONS	Réf.
	Garçons		Filles		Garçons		Filles			
	— 14 ans	+ 14 ans	— 14 ans	+ 14 ans	— 14 ans	+ 14 ans	— 14 ans	+ 14 ans		
									Total	
CLOS CHAUVEAU, A DIJON :										
Centre de Rééducations Spécialisées :										
— infirmes moteurs	8		4		8		4		12	Internat et Semi-Internat
— déficients de la vue	10		2		10		2		12	Internat et Semi-Internat
— déficients de l'ouïe et de la parole ...	30		7		20		4		24	Internat et Semi-Internat
Externat de Rééducation du langage oral et écrit, Dijon	48		13		38		10		48	Moyenne de 150 cas traités par an - à partir de 3 ans et sans limite d'âge 75 % de garçons 25 % de filles
Foyer et Atelier protégé des Paralysés de France, Dijon		40			6				6	(Le Foyer des Aveugles n'accepte que des Adultes)
	48	40	13		44		10		54	

« CAS SOCIAUX »	PLACES EN INTERNATS				PLACES EN EXTERNATS ET SEMI-INTERNATS				OBSERVATIONS	RÉF.	
	Garçons		Filles		Total	Garçons	Filles				Total
	— 14 ans	+ 14 ans	— 14 ans	+ 14 ans							
FOYER SAINTE-ANNE, Dijon	+	+	+	+	94		— 14 ans	+ 14 ans		Enfants dépendant du Service d'Aide sociale à l'Enfance 4 Sections : Pouponnière Crèche « Moyens » « Adolescents » + une Section de « Jeunes Travailleuses »	p. 244
FOYER NOTRE-DAME, de Domois	+	+			62					Garçons de 9 à 17 ans « privés de milieu familial normal » 2 Sections : « Ecoliers » « Apprentis »	p. 247
CENTRE MENAGER RURAL, de Nolay				+	56					Adolescentes de 14 à 18 ans, débiles légères et moyennes + troubles du comportement 3 Sections : (en fonction des possibilités intellectuelles	p. 250
A reporter	+	+	+	+	212						

« CAS SOCIAUX » (suite)	PLACES EN INTERNATS					PLACES EN EXTERNATS ET SEMI-INTERNATS				OBSERVATIONS	Réf.	
	Garçons		Filles		Total	Garçons		Filles				Total
	— 14 ans	+ 14 ans	— 14 ans	+ 14 ans		— 14 ans	+ 14 ans					
Report	+	+	+	+	212							
MAISON MATERNELLE DEPARTEMENTALE d'Ahuy				+	54						Mères ou futures mères célibataires de 15 à 45 ans Effectif au 1 ^{er} octobre 66 : 18 p. 251	
FOYER FAMILIAL D'ENTRAIDE, Dijon ...				+	22						Jeunes filles et jeunes femmes sans domicile et sans emploi p. 252	
											3 Sections : Mineures 18-21 ans Majeures 21-35 ans Pensionnaires de + de 35 ans	
	+	+	+	+	288							

**INVENTAIRE
DES PROJETS D'EQUIPEMENT CONNUS
au 1^{er} octobre 1966**

ETABLISSEMENTS POUR CARACTERIELS	PLACES EN INTERNATS				PLACES EN EXTERNATS ET SEMI-INTERNATS				OBSERVATIONS
	Garçons		Filles		Garçons		Filles		
	— 14 ans	+ 14 ans	— 14 ans	+ 14 ans	— 14 ans	+ 14 ans	— 14 ans	+ 14 ans	
<i>CENTRES D'OBSERVATION :</i>									
Centre d'Observation, Chenôve	3	26	24	60					Transfert et extension Etablissement nouveau à créer
Centre d'Observation, Dijon				84					
<i>CENTRES DE REEDUCATION :</i>									Extension
Centre Educatif et Professionnel de Velars- sur-Ouche		48		48					
<i>FOYERS DE SEMI-LIBERTE :</i>									Création fin 1966 Extension
Foyer du Bon Pasteur de Dijon				34					
Le Mas d'Azil, Chenôve		18		18					Création d'une section d'accueil de 10 lits
Foyer de la Société Beaunoise de Protection de l'Enfance, Beaune	5		5	40					
	8	92	29	134					
				263					

ETABLISSEMENTS POUR DEBILES MENTAUX	PLACES EN INTERNATS				PLACES EN EXTERNATS ET SEMI-INTERNATS				OBSERVATIONS	RÉF.		
	Garçons		Filles		Total	Garçons		Filles			Total	
	— 14 ans	+ 14 ans	— 14 ans	+ 14 ans		— 14 ans	+ 14 ans	— 14 ans				+ 14 ans
DEBILES LEGERS ET MOYENS :												
I.M.P. des Ecayennes, Dijon	+		+		96						p. 280	
I.M.Pro. de la route de Bel-Air, Dijon		96		96	96				48	48	p. 281	
I.M.Pro. de la route de Bel-Air, Dijon					96		48			48	p. 281	
		96		96	288		48		48	96		
DEBILES PROFONDS SEMI-EDUCABLES :												
I.M.P. et I.M.Pro., Montagne Sainte-Anne, à Dijon	36		36	24	96	12		12		24	p. 281	
I.M.P. Foyer des Jeunes de Nolay		24			24						p. 139	
I.M.Pro. de Semur-en-Auxois		96			96						p. 281	
I.M.Pro de Vesvrottes		45		45	90						p. 280	
(I.M.P. de Châtillon-sur-Seine), ouvert en sept. 1966. - Voir à Etablissements existants.												
	36	165	36	69	306	12		12		24		
ARRIERES PROFONDS :												
Hôpital Psychiatrique de La Chartreuse, Dijon					60						p. 163	

ATELIERS ET FOYERS	PLACES EN INTERNATS				PLACES EN EXTERNATS ET SEMI-INTERNATS				OBSERVATIONS
	Garçons		Filles		Garçons		Filles		
	— 14 ans	+ 14 ans	— 14 ans	+ 14 ans	— 14 ans	+ 14 ans	— 14 ans	+ 14 ans	
ATELIERS D'ASSISTANCE PAR LE TRAVAIL pour Adolescents et Adultes débiles profonds :									
I.M.Pro de Chenôve						4		4	8
Ateliers de Savigny-lès-Beaune						20		20	40
Ateliers de la Montagne Sainte-Anne, à Dijon						60		60	120
						84		84	168
FOYERS D'ACCUEIL A VIE pour Adolescents et Adultes débiles profonds :									
Foyer de Savigny-lès-Beaune		6		6					12
Foyer de la Montagne Sainte-Anne, à Dijon		30		30					60
		36		36					72

Section d'adaption au travail
(création en cours)
Création en cours
A créer

Création en cours
A créer

BIBLIOGRAPHIE

1. ADLER A. — La Psychologie de l'enfant difficile. Editions Payot, 1943.
2. AJURIAGUERRA J. — L'écriture de l'enfant. I. L'évolution de l'écriture et ses difficultés. II. La rééducation de l'écriture. Editions Delachaux et Niestlé.
3. AJURIAGUERRA J. (de), DIATHINE R. et LEOVICI S. — La Psychiatrie de l'enfant. Vol. I à VI (1958-1964). *P.U.F.*
4. AMADO G. — Les enfants difficiles. Bibliothèque pratique de Psychologie. Coll. Paideia. *P.U.F.*
5. ANCEL M., HERZOG J.-B. — L'individualisation des mesures prises à l'égard des délinquants. Publications du Centre d'Etudes de Défense Sociale. Cujas, 1954.
6. APAP C. — La méthode verbo-tonale en rééducation auditive. In Sandorama. Année 1966, n° 4, p. 13.
7. ARNION J.M. — L'Aide Sociale à l'Enfance. Coll. Textes de Droit Familial. Les Editions Juridiques et Techniques, 1958-1960.
8. BAILLART P. — L'enfant aveugle. Editions Doin.
9. BATON P. — Inadaptés scolaires et enseignement spécial. Université Libre de Bruxelles, diffusé par Minard, 1962.
10. BELEY P.-L. — L'enfant instable. *P.U.F.*
11. BENKARA. — Contribution à l'étude du traitement et du placement des mineurs délinquants. *Thèse*, Lyon, 1956.
12. BERGE A. — L'écopier difficile. Coll. Les Cahiers de Pédagogie Moderne. Editions Armand Colin et Bourrellier.
13. BERGERET J. — Psychothérapie de groupe. *Cahiers Médicaux Lyonnais*, N° spécial 1966 : Le Médecin praticien et la Psychothérapie. S.I.M.E.P. Editeurs, Lyon.
14. BESSON A. et HEUYER G., LEVASSEUR G., CECCALDI, ANCEL M., CHAZAL J. — Les enfants et les adolescents socialement inadaptés. Problèmes juridiques et médico-psychologiques. Publications du Centre d'Etudes de Défense Sociale de l'Institut de Droit Comparé de l'Université de Paris. Editions Cujas, 1958.
15. BINET A. et SIMON Th. — Bulletin de la Société Libre pour l'étude psychologique de l'enfant : la mesure du développement de l'intelligence chez les jeunes enfants. IV, 1911.
16. BISSONNIER H. — Pédagogie catéchétique des enfants arriérés. Editions Fleurus, 2^e édition, 1962.

17. BISSENNIER H., MARLE P., HENRI A.-N. — Inadaptés sociaux. 3 Articles parus dans *Etudes*, novembre 1965, 15, rue Monsieur, Paris (7°).
18. BLOCH H. et NIEDERHOFFER A. — Les bandes d'adolescents. Coll. Petite Bibliothèque Payot, 1963.
19. BODIN P. — L'adaptation de l'enfant au milieu scolaire. Nouvelle Encyclopédie Pédagogique. *P.U.F.*
20. BONNIS L. — Le développement de l'intelligence chez les arriérés. *Thèse*, Paris, 1926.
21. BOREL-MAISONNY S. — Langage oral et écrit. I. Pédagogie des nations de base. II. Epreuves sensorielles et tests de langage. Edit. Delachaux et Niestlé.
22. BOTTA N. et P. — L'éducation thérapeutique des enfants infirmes moteurs cérébraux. Association des Infirmes Moteurs Cérébraux, 28, place Saint-Georges, Paris (9°).
23. BRAUNER F. — De la coopération entre Médecins et Pédagogues au service des enfants arriérés mentaux. Editions Sabri, 1957-1958.
24. BRAUNER A. et F. — Pour élever un déficient mental. T. I. : Le démarrage éducatif. Editions Sabri, 1960.
25. BRUGUIERE J. — Les Semi-Internats pour mineurs déficients mentaux en Grande-Bretagne. Equipement et Technique. *Revue de Neuropsychiatrie Infantile*, 1960.
26. CHARACHON D. — L'enfant demi-sourd. *Cahiers d'Audio-Phonologie*, 1965.
27. CHASSAGNY C. — Manuel pour la rééducation de la lecture et de l'orthographe. Nérét.
28. CHAUMONOT L. — L'éducation des arriérés dans les Classes de Perfectionnement. *Thèse*, Paris, 1948.
29. CHAZAL J. — L'enfance délinquante. Coll. Que sais-je ? *P.U.F.*
30. CHOMBARD DE LAUWE Y. — Psychopathologie sociale de l'Enfance Inadaptée. *C.N.R.S.*, 1963.
31. COLIN M. et Coll. — Examen de Personnalité et Criminologie. (1^{er} Congrès Français de Criminologie, Lyon, octobre 1960.) Masson et C^{ie}. Edition *Coll. de Médecine Légale*. 2 tomes. Université de Lyon.
32. COLIN M. et Coll. — Etudes de Criminologie Clinique. *Collection de Médecine Légale*. Masson et C^{ie}, édition 1964.
- 32 bis. COLIN M. — L'Equipement en Criminologie. Actes du XIV^e Cours international de Criminologie. *Collection de Médecine Légale*. Masson et C^{ie}, Editeurs.
33. COURBEYRE J. — Faire face. Biographie d'un I.M.C. Lafont, 1962.
34. DECHAUME J. — L'Epileptique et la Société. *Revue Lyonnaise de Médecine*, n° 14, 1957, pp. 861-872.
35. DECHAUME J. — Le Service Médico-Social de l'enfance irrégulière. Conférence faite à la réunion des Délégués à la Liberté Surveillée, juillet 1949. Congrès de l'U.N.A.R.)

36. DECHAUME J. et GIRARD P.-F. — Conditions générales de l'assistance et du traitement de l'enfance anormale. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 octobre 1942.
37. DECHAUME J., GIRARD P.-F., KOHLER C. — La formation des Educateurs pour l'enfance irrégulière. *Journal de Médecine de Lyon*, octobre 1949.
38. DECHAUME J., GIRARD P., KOHLER C., THÉVENIN L. — Le traitement médico-pédagogique des retardés intellectuels. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 octobre 1944.
39. DELAY J. — Aspects de la Psychiatrie Moderne. Bibliothèque de Psychiatrie. IV. *P.U.F.*, 1956.
40. DELAY J. et PICHOT P. — Abrégé de Psychologie à l'usage de l'étudiant. Masson et C^{ie}, Editeurs (2^e édition 1964).
41. DESCŒUDRES A. — L'éducation des enfants arriérés. Edit. Delachaux.
42. DESOILLE H. et Coll. — Cours de Médecine du Travail. 3 tomes. Librairie E. Le François, Paris (1957-1959).
43. DESPONS J., PORTMANN M., LAFON J.-C., MORGON A. — Les troubles de l'audition chez l'enfant. Anette, Editeur.
44. DIEBOLD M. — Progression orthophonique et scolaire chez des enfants demi-sourds, dans un Centre de Rééducations sensorielles. *Journal de Médecine de Lyon*, 5 octobre 1951, pp. 1559-1565.
45. DIEL B. — Principes de l'éducation et de la rééducation. Delachaux et Niestlé, édition 1941.
46. DOUSSINET et Coll. — Points de vue techniques et pratiques sur la réadaptation des Handicapés physiques. *Revue pratique de Psychologie de la vie sociale et d'Hygiène Mentale*, 1958, p. 136 et seq.
47. DOUSSINET. — Le retour du malade à la vie sociale. *Revue pratique de Psychologie de la vie sociale et d'Hygiène Mentale*, 1958 (supplément pp. 41-44).
48. DUBOSSON J. — Exercices perceptifs et sensori-moteurs. Delachaux et Niestlé, Edit., 1957.
49. DUCHENE. — Les possibilités techniques théoriques et les besoins médico-sociaux réels en Psychiatrie Infantile. *P.U.F.*, 1955.
50. DUMEZIL. — Le Reclassement professionnel des Travailleurs handicapés : le Centre Louis-Grenaudier. *Revue des Sciences Médicales*, n^o 172, juillet 1966, pp. 45-47.
51. FALISSE G. et M.-F. — Nos enfants handicapés. Editions Universitaires, 1962.
52. FEYEUX. — Développement du langage chez l'enfant. *Thèse*, Lyon.
53. FRAISSE P., DURUP G. et DE MONTMOLLIN G. — Manuel pratique de Psychologie expérimentale. Bibliothèque scientifique internationale, 2^e édition 1963, *P.U.F.*
54. GAL R. — L'Orientation scolaire. Nouvelle Encyclopédie Pédagogique. *P.U.F.*

55. GIRARD P.-F. — Les moyens d'exploration de l'intelligence chez l'enfant. (Pédiatrie, 3, 1951 : Symposium de la Réunion Lyonnaise de Pédiatrie sur les méthodes d'exploration en Neuro-psychiatrie Infantile.)
56. GIRARD P.-F. et Coll. — L'Enfance irrégulière. *P.U.F.*
57. GIRARD P.-F., KOHLER C., PÉCHOUX R. — Réflexions sur l'évaluation de l'intelligence chez les enfants irréguliers. *Journal de Médecine de Lyon*, 5 mai 1947.
58. GUYOTAT J. — Indications et contre-indications des nouvelles chimiothérapies psychiatriques. *Cahiers Médicaux Lyonnais*. N° spécial 1966 : 40 problèmes de Médecine quotidienne. S.I.M.E.P. Edit., Lyon.
59. GUYOTAT J. — Traitements psychologiques et traitements médicamenteux. *Cahiers Médicaux Lyonnais*. N° spécial 1966 : Le Médecin praticien et la Psychothérapie. S.I.M.E.P. Edit., Lyon.
60. HENRI P. — L'adaptation des déficients visuels à la vie sociale et professionnelle. Editions du B.U.S., 1958.
61. HEUYER G. — Enquête sur la délinquance juvénile. Paris, 1942.
62. HEUYER G. — Débilité mentale et débilité intellectuelle. Année Psychologique, 1951.
63. HEUYER G. — Introduction à la Psychiatrie Infantile. Bibliothèque pratique de Psychologie et de Psychopathologie de l'enfant. Collection Paideia. *P.U.F.*, 1952.
64. HEUYER G., PIERON, SAUVY. — Le niveau intellectuel des enfants d'âge scolaire. *P.U.F.*, 1951.
65. INHELDER B. — Le diagnostic du raisonnement chez les débiles mentaux. Edit. Delachaux et Niestlé. Réédition 1962.
66. JADOULLE A. — La Psychologie scolaire. Coll. L'Educateur. *P.U.F.*
67. KANTZER. — L'enfant sourd. Editions Maloine, Paris.
L'enfant demi-sourd. Editions Maloine, Paris.
68. KOECHLIN. — Psychiatrie de secteur en province. *Inf. Psy.*, janvier 1959, pp. 71-87.
69. KOHLER. — La rééducation des dyslexiques. Nouvelle Encyclopédie Pédagogique. *P.U.F.*
70. KOHLER C. — L'équipement sanitaire et social en ce qui concerne l'Enfance Inadaptée. *Concours Médical*, 87^e année, n° 25, 19 juin 1965, pp. 4348-4355, et *Concours Médical*, n° 26, 26 juin 1965, pp. 4505-4510.
71. KOHLER C. — La suggestibilité chez l'enfant. *Criança Portuguesa*, 1951.
72. KOHLER C. et Coll. — L'enfant arriéré dans sa famille. Vitte, 1956.
73. KOHLER C. — Les déficiences intellectuelles chez l'enfant. Coll. Paideia. Bibliothèque pratique de Psychologie et de Psychopathologie de l'enfant. *P.U.F.*, 1963.
74. KOHLER C. et THÉVENIN L. — Points de vue récents sur la rééducation des arriérés et infirmes moteurs. *J.M.L.*, 5 mars 1950.

75. KOHLER C., THÉVENIN L., LACHANAT, PÉCHOUX. — Les problèmes neuropsychiatriques et médico-pédagogiques de l'enfant. Bibliothèque de l'Ecole pratique de Psychologie et de Pédagogie (Lyon). *P.U.F.*, 1952.
76. KOUPERNIK C. — Développement psychomoteur du premier âge. Paideia. Bibliothèque pratique de Psychologie et de Psychopathologie de l'enfant. *P.U.F.*
77. KVARACEUS William C. — La délinquance juvénile. Editions de l'UNESCO.
78. LACAPÈRE S. — L'Ecole de Plein Air de Suresnes. *Etudes Pédagogiques*, n° 13, 1965. Publié par la Fédération Internationale des Communautés d'Enfants avec le concours de l'UNESCO.
79. LAFON R. — Psychopédagogie médico-sociale. *P.U.F.*, 1950.
80. LAFON R. — Vocabulaire de Psychopédagogie et de Psychopédiatrie de l'enfance. *P.U.F.*, 1963.
81. LANG J.-L. — L'enfance inadaptée, problème médico-social. Paideia. Bibliothèque pratique de Psychologie et de Psychopathologie de l'enfant. *P.U.F.*, 1962.
82. LANG J.-L. — Le placement et la prise en charge des adolescents inadaptés. Remarques pratiques et données statistiques. *Revue du Praticien*, t. XVI, n° 13, 1^{er} mai 1966 (supplément).
83. LAUNAY C. — L'adoption. Editions Sociales Françaises, 1961.
84. LAUNAY C. et DUCHE D.-J. — L'enfant physiquement handicapé. Rôle médico-social du Médecin. Bibliothèque de Thérapeutique Médicale. Edit. G. Doin et C^{ie}, 1958.
85. LAUNAY C., BOREL-MAISONNY (M^{me}), DUCHÈNE, DIAKTINE. — Troubles du langage chez l'enfant. Rapport au Congrès des Pédiatres de langue française. Paris, 1949.
86. LAUNAY C., GRENET P., VERLIAC F. — Précis de Médecine Infantile. Masson et C^{ie}, Editeurs (2^e édit. 1961).
87. LÉCULIER P. et DAUMEZON G. — L'expertise psychiatrique. L'Encyclopédie Médico-Chirurgicale. *Psychiatrie*, t. III.
88. LÉCUYER R. — Le Mongolisme ; principaux problèmes médicaux, psychologiques et sociaux. Doin Edit., Paris, 1959.
89. LEGRIX D. — Née comme ça. Editions Segep, 1960.
90. LE GUEUT J. et MARIN A. — Expertise médico-judiciaire. Aspects juridiques et réalisations pratiques. Coll. de Médecine Légale. Masson et C^{ie} Edit., 1963.
91. LE GUILLANT. — Le Service médico-social de secteur. *Inf. Psy.*, janvier 1959, pp. 9-39.
92. LÉON A. — Psychopédagogie de l'orientation professionnelle. Nouvelle Encyclopédie Pédagogique. *P.U.F.*
93. LEMAY M. — Les groupes de jeunes inadaptés ; rôle du jeune meneur. Collection Paideia. *P.U.F.*
94. LEVASSEUR G. — Les délinquants anormaux mentaux. Editions Cujas, Paris, 1959.

95. LEVI-CHEBAT Ch. — La consultation de neuropsychiatrie infantile. Bilan d'un an d'activité dans un Service hospitalier. *Thèse*, Lyon, 1966.
96. LIEVOIS F. — Cure et Prophylaxie de la délinquance juvénile. *Thèse*, Paris, 1944 (Doctorat en Droit).
97. LIOGER M. — Responsabilité civile du fait de l'enfant inadapté. M^{me} Lioger, 12, place Jacquard, Saint-Etienne (Loire).
98. LUTZ P. — La rééducation des enfants et adolescents inadaptés. Mésopé. Bibliothèque de l'Action sociale. Edit. Privat.
99. MAAS H. — Guide pratique pour les parents d'enfants épileptiques. (Guide Nérét.)
100. MAJOREL-RIVIÈRE H. — L'Assistance psychiatrique extra-hospitalière dans le département du Rhône. *Thèse*, Lyon, 1962.
101. MALE P. — Psychothérapie de l'adolescent. Coll. Paideia, P.U.F.
102. MANNONI M. — L'enfant arriéré et sa mère. Editions du Seuil, 1964.
103. MASPETIOL R., SOULE M. et un groupe de Spécialistes. — L'éducation de l'enfant sourd. Editions Sociales Françaises.
104. MATHIEU M.-H. — La formation religieuse des enfants malades. Editions Fleurus, 1961.
105. MAUCO G. — L'éducation affective et caractérielle de l'enfant. Coll. *Cahiers de Pédagogie Moderne*. Edit. Collin-Bourrelier.
106. MAUCO G. — L'inadaptation scolaire et sociale et ses remèdes. Coll. *Cahiers de Pédagogie Moderne*. Edit. Collin-Bourrelier.
107. MEZEIX P. — Les enfants inadaptés et l'Ecole primaire. Edit. Bourrelier.
108. MICHAUD H. et VOIRIN P. — La connaissance des enfants et adolescents inadaptés. Les méthodes d'étude de leur personnalité. Bibliothèque de l'Action sociale. Edit. Privat, 1960.
109. MICHAUX L. — L'enfant pervers. Bibliothèque pratique de Psychologie et de Psychopathologie de l'enfant. P.U.F.
110. MICHAUX L. — Neuropsychiatrie infantile. P.U.F., 1950.
111. MICHAUX L. — Psychiatrie. Collection Médico-Chirurgicale à révision annuelle.
112. MICHAUX. — Les troubles du caractère. Collection *Les Grands Problèmes*. Editions Hachette, 1964.
113. MICHAUX L. et DUCHE D.-J. — L'enfant inadapté. Rôle médico-social du Médecin. Bibliothèque de Thérapeutique médicale. Editions G. Doin et C^{ie}, 1957.
114. MOENE G. — Délinquance juvénile et enfance en danger. Editions Tout Lyon Moniteur.
115. MONTESSORI M. — La maison des enfants. Desclée (traduction).
116. MUCCHIELI R. — La personnalité de l'enfant. Editions Sociales Françaises.
117. MUCCHIELI R. et BOURCIER A. — La dyslexie, maladie du siècle. Les Editions Sociales Françaises, 1964.

118. OLERON P. — L'éducation des enfants physiquement handicapés. Nouvelle Encyclopédie Pédagogique. *P.U.F.*, 1961.
119. OLERON P. — Recherches sur le développement des sourds-muets. *C.N.R.S.*
120. OLERON P. — Les sourds-muets. Coll. Que sais-je ? *P.U.F.*
121. OUDOT R. — Valeur psychologique de l'examen somatique. *Cahiers Médicaux Lyonnais*. N° spécial 1966 : le Médecin praticien et la Psychothérapie. S.I.M.E.P. Edit., Lyon.
122. PARENT P. et GONNET C. — Les écoliers inadaptés. Coll. L'Educateur. *P.U.F.*
123. PARMENTIER-BELOUX M. — Médecine d'Orientation scolaire et professionnelle. Enquêtes et recherches. Masson Editeur, 1963.
124. PAULHUS E. — L'éducabilité religieuse des déficients mentaux. Vitte, 1962.
125. PECHOUX R. — Etude critique des tests en orientation professionnelle. Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française, 60^e session, Anvers, 1962. Comptes rendus. Editions Masson, 1963.
126. PETIT J. et Coll. — Les enfants et adolescents inadaptés et l'Education nationale. *Cahiers de Pédagogie Moderne*. Editions A. Collin-Bourrelrier.
127. PIAGET J. — Langage et pensée chez l'enfant, Delachaux et Niestlé.
128. PIAGET J. — La Psychologie de l'intelligence.
129. PICHON E. — Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent. Editions Masson, 1947.
130. PICHOT R. — La mesure de la détérioration et de débilité mentale.
131. PICQ et VAYER. — Education psychomotrice et arriération mentale. Editions Doin, Paris, 1960.
132. PIERON H. — Le développement mental et l'intelligence. Alcan.
133. PIERON H. — Traité de Psychologie appliquée. *P.U.F.*, 1955.
134. POROT A. et Coll. — Manuel alphabétique de Psychiatrie clinique et thérapeutique (ouvrage collectif). Bibliothèque de Psychiatrie. *P.U.F.*, 1960.
135. POROT A. et BARDENAT Ch. — Anormaux et malades mentaux. Editions Cujas, Paris, 1959.
136. PRAT M.-G. — Sur la vie affective des enfants anormaux. *Thèse*, Bordeaux, 1952.
137. PRUDHOMMEAU M. — L'enfance anormale. *P.U.F.*, 1949.
138. PRUDHOMMEAU M. — Les enfants déficients intellectuels. *P.U.F.*, 1956.
139. RASSEKH M. — L'enfant-problème et sa rééducation. Delachaux et Niestlé, 1962.
140. REDL F. et WINEMAN D. — L'enfant agressif, Editions Fleurus.
141. REY A. — Arriération mentale et premiers exercices éducatifs. Delachaux et Niestlé (réédition 1964).

142. REY A. — Etudes des insuffisances psychologiques. T. I : Méthodes et Problèmes. T. II : La systématisation des observations. Editions Delachaux et Niestlé (réédition 1962).
143. ROBERT J. — Débilité mentale et délinquance juvénile. *Thèse*, Montpellier, 1952 (Doctorat en Droit).
144. ROBERT A. et DUBAS H. — L'Hygiène scolaire et universitaire. Masson et C^{ie} Edit., 1964.
145. ROBIN G. — L'enfant sans défaut. Editions Flammarion.
146. ROBIN G. — Les troubles nerveux et psychiques de l'enfant. Editions Nathan.
147. ROBIN G. — L'éducation des enfants difficiles. Coll. Que sais-je ? N° 71, *P.U.F.*
148. SEGALEN J.-J., HARTMAN M. et GIRARD M.-V. — Problèmes posés par l'ouverture et le devenir d'une consultation neuropsychiatrique pour enfants de Militaires. Bulletin mensuel de la Société de Médecine Militaire Française, 59^e année, n° 3, mars 1965, pp. 171 à 180.
149. SIMONIN C. — Précis de Médecine Légale Judiciaire. Librairie Maloine, 4^e édition.
150. SIMONIN C. et Coll. — Cours de Médecine du Travail. Librairie Maloine, 1961, 2^e édition.
151. SOUBIRAN G.-B. et MAZO P. — La rééducation scolaire des enfants intelligents par la rééducation psychomotrice. Editions Doin.
152. SOULE M., NOEL J., BOUCHARD F. — Le placement familial, techniques et indications. *P.U.F.*
153. THIREAU Y. et Coll. — Dictionnaire d'orientation professionnelle et de reclassement des Handicapés physiques. Editions Sociales Françaises, 1961.
154. TRAMER M. — Manuel de Psychiatrie Infantile. *P.U.F.*, 1949.
155. VALLADE L. — Reclassement professionnel des Handicapés et Homes de post-cure. *Inf. Psy.*, janvier 1957, pp. 7-14.
156. VAN CAMELBEKE M. — L'inadaptation de l'enfance et de l'adolescence à la vie sociale. Son existence, son évolution, ses facteurs, ses remèdes. *Revue du Praticien*, t. XI, 1^{er} mars 1961 (supplément), pp. XII et XIII.
157. VAN ROY F. — L'enfant handicapé, son handicap, son drame, sa frustration. Editions Delachaux et Niestlé.
158. VAUQUERRE. — Etude des corrélations possibles entre l'adaptation sociale post-scolaire des adolescents débiles mentaux légers, placés en Ecole nationale de Perfectionnement, et leur comportement, leurs résultats scolaires et d'apprentissage professionnels obtenus au cours de leur scolarité. Mémoire. Paris, 1964.
159. VEILLARD-CYBULSKY. — Les jeunes délinquants dans le monde. Delachaux et Niestlé.

160. WALLON H. — L'éducation psychologique de l'enfant. Coll. Armand Colin.
161. WISHIK S.-M. — Comment venir en aide à votre enfant handicapé ? Société internationale pour le bien-être des Infirmes.
162. ZAZZO. — Le devenir de l'intelligence. *P.U.F.*, 1945.
163. ZAZZO. — Intelligence et quotients d'âge. *P.U.F.*, 1946.
164. ZAZZO. — Manuel pour l'examen psychologique de l'enfant. Editions Delachaux et Niestlé, 1961.
165. ZAZZO, DE AJURIAGUERRA et Coll. — Apprentissage de la lecture et ses troubles. *Enfance*, 1951, *P.U.F.*
166. ZISMAN. — Les déficients. Législation. Réadaptation. Bibliographie. Bulletin du Centre d'Etudes Psychotechniques, janvier-mars 1957, pp. 12-123.

Code civil. Editions Dalloz.

Code de Procédure civile. Editions Dalloz.

Code pénal. Editions Dalloz.

Code de Procédure pénale. Editions Dalloz.

Codes de la Sécurité Sociale, de la Santé publique, de la famille et de l'Aide sociale. Editions Dalloz.

Etablissements privés de cure et de prévention. *Journaux Officiels*. Edition 1964 et 1965.

Guide de la Santé et de l'Aide sociale. Imp. L. Goulhot, 7, rue Adélaïde-Lahaye, Bagnolet.

Guide Nérét pour les Handicapés. Edition 1966-1967.

Guide pratique du reclassement. *B.U.S.* Service de documentation pour la réadaptation professionnelle.

Guide pratique pour les parents d'enfants épileptiques. Nérét.

Revues

Bulletin du Centre d'Etudes et de Recherches Psychologiques. A.N.I.F. E.R.M.O., 13, rue Chautard, Paris (15°) :

- janvier-mars 1958 : La débilité mentale chez l'adulte jeune ;
- juillet-septembre 1961 : Le débile mental dans le monde du travail.

Cahiers de l'Enfance Inadaptée, 5, rue Palatine, Paris (6°).

Concours Médical (Le), 33, rue de Bellefond, Paris (9°) :

- N° 42, 17 octobre 1964, p. 5849 : Les Handicapés physiques dans le monde moderne.

Enfance, 41, rue Gay-Lussac, Paris (5°) :

- novembre-décembre 1951 : L'apprentissage de la lecture et ses troubles ;
- septembre-décembre 1960 : Nouvelles recherches sur la débilité mentale ;
- janvier-février 1961 : La pseudo-débilité ou les faux débiles ;
- mai-juin 1962 : Perception d'autrui et structures socio-métriques chez les adolescents débiles mentaux.

Esprit, 19, rue Jacob, Paris (6°) :

- novembre 1965 (n° spécial) : L'Enfance Handicapée.

Faire Face, 27, avenue Mozart, Paris (16°). Publication de l'Association des Paralysés de France.

Journal de Médecine de Lyon, 52, rue Victor-Hugo, Lyon.

- N° 1 018 du 5 octobre 1962 : Etudes sur le Mongolisme.

Liaisons Sociales, 5, avenue de la République, Paris.

- novembre 1965 (supplément) : La Protection de l'Enfance.

Le Particulier, 21, boulevard Montmartre, Paris (2°) :

- Guides Education. T. I. N° 217
- » » T. II. N° 239
- » » T. III. N° 286 : L'Enfance Inadaptée.
- Guide pratique de l'Enseignement. N° 274
- Guide Social. T. II. N° 145 : La Famille.
- Guide de la Défense courante. T. I. N° 283 : Organisation Judiciaire.

Nos Enfants Inadaptés, U.N.A.P.E.I., 28, place Saint-Georges, Paris (9°).

Réadaptation, 10, rue de Sèvres, Paris (7°) :

- 107 : La Réadaptation des paraplégiques ;
- 107 : La Réadaptation des déficients auditifs ;
- et n°s 42, 67, 100, 113, 115.

Revue de Neuropsychiatrie Infantile, 174, boulevard Saint-Germain, Paris (16°) :

- janvier-février 1962 : Débilité mentale ;
- septembre-octobre 1963 : Débilité mentale.

Revue du Praticien, 19, rue d'Hautefeuille, Paris (6°) :

- T. XI, n°s 7 et 30 (supplément) : Classification des établissements de cure pour enfants ;
- T. XII, n° 30 (supplément) : Aide financière aux familles d'enfants inadaptés ;
- T. XIV, n° 1 (numéro spécial) : Le Mongolisme.
- T. XVI, n° 13 (numéro spécial) : L'Adolescent. Psychologie et problèmes d'adaptation.

Santé de l'Homme :

— N° 140, 1965 : Surveillance de la santé scolaire.

Sauvegarde de l'Enfance, 28, place Saint-Georges, Paris (9^e) :

— en particulier : les numéros consacrés aux Congrès de l'U.N.A.R. de 1949 à 1964.

Documents

Aide sociale à l'Enfance. — Tableaux récapitulatifs des effectifs des enfants confiés au Service.

Atelier-Foyer des Paralysés de France à Dijon. — Plaquette sur l'atelier de Dijon.

Brigade des Mineurs. — Exposé du Chef de la Brigade des Mineurs de Dijon.

Centre Médico-Psycho-Pédagogique d'Aisy-sous-Thyl. — Rapports de la commission de gestion ; documents statistiques.

Centre Régional de Formation des Maîtres chargés de l'instruction et de l'éducation des enfants et adolescents déficients ou inadaptés. — Programmes d'Etudes pour l'obtention du C.A.E.I.

Centre de Réadaptation Professionnelle. — Etude d'un projet pour le département de la Côte-d'Or.

Classes de Perfectionnement en Côte-d'Or. — Tableaux récapitulatifs. Clos Chauveau. — Archives et Documents divers.

Commission Départementale d'Orientation des Infirmes. — Arrêtés préfectoraux du 26 octobre 1956 et du 7 décembre 1965, instituant cette Commission.

Consultations d'Hygiène Mentale de la Côte-d'Or. — Rapports d'activités. Consultation Médico-Psychologique de la S.N.C.F. — Documents statistiques.

Centre Psycho-Médico-Pédagogique de l'Académie de Dijon. — Compte rendu d'activité du Centre pour la période du 1^{er} février 1964 au 31 août 1965. Statuts de l'Association des C.P.M.P. de l'Académie de Dijon.

Centre Régional de Bourgogne pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées (C.R.B.E.A.I.). — Statuts. Documents statistiques sur l'équipement de la Région Bourgogne. Tableau récapitulatif des Services et Etablissements dépendant du Centre. Compte rendu des journées d'études des 29 et 30 avril 1966 sur les problèmes d'équipement de la Région Bourgogne.

Externat de Rééducation Fonctionnelle du Langage Oral et Ecrit, à Dijon. — Exposé de la Directrice sur les méthodes éducatives employées.

Foyer de l'Aide sociale à l'Enfance de Dijon. — Documents statistiques. Foyer Familial d'Entraide (A.D.E.F.O.). — Documents statistiques.

Hôpital Psychiatrique de La Chartreuse, à Dijon. — Comptes moraux et administratifs et Rapports médicaux des années 1938 à 1945, 1948, 1949 et 1950.

Institut Boyer. — Archives de l'ancien établissement.

Observation en Milieu Ouvert et Consultation d'Orientation Educative. — Documents. Plan pour le rapport d'O.M.O. Aide-mémoire pour la Consultation d'Orientation Educative.

Service de Prévention de l'Aide sociale à l'Enfance de Dijon. — Rapport d'activité, 1964.

Service de Tutelles aux Allocations Familiales et de l'Action Educative en Milieu Ouvert à Dijon. — Rapport d'activités, 1965.

Société Beaunoise de Protection de l'Enfance. — Rapport d'activités, 1965.

Tribunal pour Enfants. Juge des Enfants. — Documents statistiques.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	19
HISTORIQUE	27
BILAN DES REALISATIONS ACTUELLES	35
— LE DÉPISTAGE ET LA PRÉVENTION	35
— LES CONSULTATIONS MÉDICALES SPÉCIALISÉES	59
— L'OBSERVATION ET L'ORIENTATION	75
— LES ORGANISMES DE DÉCISION	97
— LES ÉTABLISSEMENTS DE CURE ET DE SOINS	107
— Les déficients mentaux	109
— Les déficients moteurs et sensoriels ...	165
— Les enfants présentant des troubles du Comportement et de la Conduite ..	189
— Les inadaptés scolaires et psychomoteurs	229
— Les cas sociaux	241
— LES ORGANISMES DE COORDINATION ET DE GESTION ..	255
— LA FORMATION DU PERSONNEL SPÉCIALISÉ	263
— LES ASSOCIATIONS DE PARENTS	271
— L'ÉDUCATION RELIGIEUSE DES INADAPTÉS	277
PERSPECTIVES D'AVENIR	279
CONCLUSIONS	285
TABLEAUX RECAPITULATIFS DES EQUIPEMENTS —	287
— INVENTAIRE DE L'ÉQUIPEMENT EXISTANT	287
— INVENTAIRE DES PROJETS	295
BIBLIOGRAPHIE	299

